

# Perspektiva socijalnog konstrukcionizma: neke implikacije u određenju zdravlja, bolesti i ponašanja bolesnika

Živka Staničić

Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu; Katedra: Liječnik i bolesnik

## Sažetak

Temeljni interes socijalnog konstrukcionizma za »subjektivni doživljaj svakodnevnog života« ekstrapoliran u područje istraživanja zdravlja, bolesti i ponašanja bolesnika urodio je produktivnim saznanjima: a) zdravlje i bolest nisu samo prirodne činjenice već socijalni konstrukt, »artefakti« socijalnih procesa; b) socio–kulturene razlike određuju ne samo kako će osoba percipirati i interpretirati simptome bolesti, već i etiologiju i nosologiju bolesti, načine participiranja u programima očuvanja zdravlja; kada, kako i koje će usluge koristiti, koju će strategiju ozdravljenja odabrati; tko u društvu ima legitimitet prepoznati tjelesne/psihičke promjene kao simptome, kako će ih se nazvati, klasificirati; c) bolesnikova percepcija simptoma se ne smije zanemariti a kamoli zamijeniti objektivnim, tehničkim, empirijskim, laboratorijsko–kemijskim nalazima, naprotiv, laički eksplanativni sistemi trebaju se smatrati funkcionalnima te stoga trebaju zadobiti ravnopravan, a ne, kao do sada, uglavnom drugorazredni kognitivni i epistemološki status. Drugim riječima, za uspješnu terapiju, iznimno je važno uspostavljati most između laičkog i prirodnoznanstvenog određenja zdravlja, bolesti i metoda liječenja.

**Ključne riječi:** zdravlje kao socijalni konstrukt; bolest kao socijalni konstrukt; laički eksplanativni sistemi

## 1. TEORIJSKI OKVIR, I UPORIŠNE TOČKE SOCIJALNOG KONSTRUKCIONIZMA

Zašto neki bolesnici ne poduzimaju nikakve korake u pravcu izlječenja (pa čak i onda kada simptomi nisu trivijalni), dok drugi izlječenje traže isključivo unutar laičkog<sup>1</sup> (i) li alternativnog područja<sup>2</sup> a treći se za pomoć obraćaju zdravstvenom profesionalcu?<sup>3</sup> Na ova pitanja medicinska sociologija već duže vrijeme pokušava, s promjenjivim uspjehom, odgovoriti.

Držimo da Bergerova i Luckmannova perspektiva socijalnog konstrukcionizma<sup>4</sup> pruža plodonosan okvir unutar kojeg valja potražiti odgovor.

U prvom stavku njihovih analiza, čije izvanredne eksplanativne mogućnosti koristimo kao temelj i potkrepu našim izvođenjima, iznosi se bitna početna tvrdnja: među

1 Odluka o tome da li će netko uopće koristiti zdravstveno–zaštitne usluge, ovisi od mreže socijalnih odnosa koju ta osoba ima sa prijateljima, rodbinom i kolegama; takvu mrežu socijalnih odnosa Friedson naziva »laički referalni system« (Friedson, 1970).

2 Brojne studije pokazuju da se veliki broj bolesnika, prije posjete liječnika, koristio laičkim i, općenito, nemedicinskim oblicima pomoći (Scambler, 1991).

3 Samo oko 10–15% slučajeva bolesti rješavaju se u kontaktu sa zdravstveno–zaštitnim profesionalcem (Sleath et al. 2001).

4 Socijalna konstrukcija zbilje, 1992.

»mnogobrojnim zbiljama« upravo se zbilja svakodnevnog života »prikazuje kao zbilja par excellence«; u njoj je »napetost svijesti najviša« jer se svakodnevni život »svijesti nameće na najmasivniji, najuporniji i najintezivniji način« (Berger, Luckmann, 1992: 39). Za naše izvode, najvažnije je istaknuti da je zbilja svakodnevnog života »organizirana oko onoga 'ovdje' mogega tijela« što znači da mi je »najbliža ona zona svakodnevnog života koja je direktno pristupačna mojem tjelesnom baratanju« (Berger, Luckmann, 1992:40). Činjenica da svakodnevni život nije moguće »ignorirati u njegovoj imperativnoj prisutnosti« već mu, naprotiv, moramo »poklanjati najpuniju pozornost«, dolazi posebno do izražaja u onom času kada rutinu svakodnevnog života, u većoj ili manjoj mjeri, naruši bolest; za očekivati je da u tako promijenjenim okolnostima, čovjekova pozornost na svakodnevni život bude potencirana. Brojne studije, međutim, ukazuju da značajan broj ljudi ne poklanja bolesti onu pozornost koju bi ona, budući da (ne)posredno pogađa čovjekovo »ovdje« i »sada« njegovog tijela, trebala imati. Objašnjenje ove, na prvi pogled paradoksalne pojave, valja potražiti u činjenici da mnoge instinktivne forme ponašanja (koje se automatski pokreću nastupom bolesti), pod uplivom društva/kulture poprimaju sasvim neočekivane pravce (a mogu i izostati).

Daljnje pojašnjenje ove pojave nalazimo u drugoj temeljnoj aksiomatskoj pretpostavci teorije socijalnog konstrukcionizma: znanje je u svakoj kulturi »društveno raspodijeljeno«, distribuirano unutar »socijalno segregiranih sub-univerzuma značenja« (Berger, Luckmann, 1992). Koristeći se Schutzovom analizom temelja znanja u svakodnevnom životu, autori ističu da ljudi u različitim društvima uzimaju kao sigurne sasvim različite »zbilje«. Ekstrapoliramo li potonju tvrdnju na proučavanje zdravlja i bolesti dolazimo do slijedećeg bitnog zaključka: ni bolest ni zdravlje, ne mogu biti definirani univerzalno i statički (Dubos, 1965). Naprotiv, oni su socijalni pojmovi (Bloch, 1981:538; Cockerham, 2001) a to znači »povijesno situirani« (Berger, Luckmann, 1992), društveno promjenjivi, relativni, vrijednosni (aksiološki) koncepti.

Treći bitan aspekt Bergerovih i Luckmannovih tvrdnji odnosi se na to da su ljudi znatno više od pukih pasivnih recipijenata »baštinjenog« znanja, da oni uvijek djeluju u okviru određenog seta socijalnih koncepata, simbola i značenja (Bilton et al, 1997), da je njihova vezanost za konstrukte konstantna i snažna (Stainton-Rogers, 1991:31). To da se ljudi »vežu« za svoje konstrukte, valja shvatiti u najdoslovnijem smislu: konstrukti postaju vodič čovjekovom »vladnju u svakodnevnom životu« (Berger, Luckmann, 1992). Prema tome, perspektiva socijalnog konstrukcionizma pruža nam pouzdanu osnovu za razumijevanje, pa i anticipiranje čovjekovih (u našem slučaju bolesnikovih) pravaca djelovanja, koraka koje misli poduzeti (ako uopće namjerava bilo što poduzeti) u svakodnevnom životu kada svoje stanje percipira kao bolesno.

## 2. PROMJENE U VRIJEDNOSNOM SADRŽAJU I ZNAČENJU POJMA ZDRAVLJA; ILI: POSTOJI LI ZDRAVLJE »PO SEBI«?

Ustvrditi da pojmovi »zdravlje« i »život« imaju vrijednosni, aksiološki sadržaj<sup>5</sup> znači odrediti ih navlastitim predmetom sociološke analize: jer, društveno utemeljene vrijednosti je nedvojbeno. Iako je njihov vrijednosni sadržaj, sa stanovišta »čiste«, objektivne, empirijske–eksperimentalne znanosti, odnosno modernog prirodnoznan-

5 Doživljaj »normalnog«, odnosno zdravog »svojestven je jednom subjektivitetu koji je kadar vrednovati« (Dufrenne, 1978:280).

stvenog i tehničkog načina mišljenja, »većinom sumnjiv« i proizvoljan, nema nimalo dvojbe da im vrijednosni sadržaji pripadaju u svakodnevnoj upotrebi. I dok je moguće, i dopustivo, u udžbeniku biologije, pojam »život« upotrebljavati »vrijednosno–indiferentno« u »jzik u svakodnevog života život – ljudski život, naš život – jedna je od 'vrijednosnih stvari' općeg važenja« (Heller, 1986:45).

U određenom razdoblju, pojmovi zdravlje i život bili su sinonimi; pojam zdravlja označavao je čovjekovu sposobnost u najširem smislu, potpunost, cjelovitost, skladnost, uravnoteženost, sreću, najveći dar, najveće dobro, istinsko dobro, jedno od najvećih vrijednosti, blagostanje, kvalitetu života (u antičko doba, »dostojan svjetonazor« podrazumijevao je »radije kratak život, pun djela i slave, nego dug život bez sadržaja« (Spengler, 1990:12). Sokrat u dijalogu *Krition* iznosi stav da ne treba cijeniti »život« nego »dobar život« (Platon, 1985). Danas se, na Zapadu pod pojmom »dobar život« podrazumijeva »stjecanje dobara ili, općenitije, trenutno zadovoljavanje osobnih potreba« (Brzezinski, 1994)).

Već je ovih nekoliko navedenih primjera dostatna osnova za važnu početnu tvrdnju: u toku povijesti, pojam zdravlja je konstantno, ali uvijek zbog »izvanjske realnosti«, poprimao vrlo različite vrijednosne sadržaje i značenja (zbog čega pitanje sadržano u podnaslovu – da li postoji zdravlje »po sebi«? – nije tek prazna nedoumica.) Nije teško dokazati da je određeno poimanje zdravlja izravan i krajnje racionalan izraz upravo postojećih prioritarnih interesa i potreba društva te da nijedno društvo, ostvarenje takvih svojih ciljeva, ne prepušta slučaju; naprotiv, putem različitih instrumenata, rituala i simbola, društvo neprestano podupire i reproducira, ali ne prigodno već konstitucionalno i općevažeće, središnje značenje pojma zdravlja. To znači da u određenim povijesnim uvjetima (ali uvijek zbog izvanjske potrebe – stvarne ili fiktivne, svejedno) značenje zdravlja može biti reducirano na neku od njegovih (bilo kojih) komponenti.

Navođenje svih promjena u vrijednosnom sadržaju pojma zdravlja (na što, možda, upućuje forma ovog podnaslova) je krajnje preuzetan zadatak; za potrebe razvijanja naših analiza, dostatno će biti naznačiti samo neke od tih promjena.

Određenje zdravlja kao **fizičke snage, sposobnosti ili jedrine** nije bilo nikada otvorenije iskazano nego u uvjetima teške borbe za opstanak u kojima dominira ratovanje s neprijateljskim prirodnim (i)li društvenim silama u kojima, jasno, upravo fizička snaga ljudi predstavlja osnovnu polugu održavanja zajednice i njezinog napretka, zbog čega se upravo taj aspekt zdravlja »instinktivno kultivira«.

U nekim zajednicama, pod zdravljem se primarno podrazumijeva **moralna, duhovna ispravnost, spiritualnost, izbavljenje/spas duše**. Bilo je i razdoblja kada je biti zdrav značilo »ne remetiti svemirski red i ne unositi pometnju u društveni poredak« (Attali, 1992). U razdoblju prvobitne akumulacije kapitala, ali i u kasnijim, razvijenijim fazama razvoja kapitalističkog društva, zdravlje je primarno određeno **sposobnošću privređivanja**; u nekim primitivnim kulturama, osobitost kulturalnih karakteristika dovela je do toga da se pod zdravljem podrazumijeva i tako nešto kao što je **unakazivanje tijela**. Na tragu tih shvaćanja, i u suvremnom razvijenom svijetu (posebno početkom 90–tih godina) postalo je gotovo uobičajeno »dekoriranje« tijela (tetovažom, *piersingom* ili stvaranjem ožiljaka.) »Dekoriranje« tijela postalo je tako dio *mainstreama* socijalnog tijela; tijelo (p) ostaje krucijalna materijalna komponenta individualne i grupne identifikacije, postizanja određenog socijalnog statusa (Soyland, 1997). Do

radikalno novog diskurzivnog i materijalnog pomaka u sagledavanju zdravlja dolazi sa shvaćanjem zdravlja (koje je uvijek određeno zdravljem tijela) kao »dobra« koje, zahvaljujući brzom razvoju medicinske tehnologije i farmaceutske industrije, počinje dobivati sve veću kupoprodajnu vrijednost.<sup>6</sup>

Premda je kroz povijest pojam zdravlja dobivao različite vrijednosne sadržaje i značenja, ipak se može konstatirati da su ljudi pretežno razmišljali o zdravlju kao pozitivnoj vrijednosti.<sup>7</sup> Zdravlje predstavlja vitalan dio našeg individualnog života i kolektivne psihe; postali smo zdravstveno osviješteni ljudi (Schulz and Holdford, 1996).<sup>8</sup>

Ali, ima i iznimaka: događalo se da su pojedini ljudi »pa i čitave populacije, drastično reducirale vlastite vjerojatnosti preživljavanja i reproduciranja da bi omogućili preživljavanje i reprodukciju sociokulturnih sistema kojima pripadaju« (Melloti, 1987:12–13). Biološki, čovjek je »dezerter života, a metafizički onaj koji umije kazati ne, koji, istina, izrasta iz života, ali život može ostaviti za sobom« (Scheler, cit. prema Rothackeru, 1985). Čovjek je »'asket života', vječni protestant protiv cijele gole zbilje« (Scheler, 1987:65). Poznato je, naime, da se neki ljudi, u određenim okolnostima, odriču vlastitog života »da bi neku duhovnu vrijednost dozvali u život« (Spranger, 1942:338).<sup>9</sup> Drugim riječima, iako je u pravilu samoodržanje čovjekov središnji interes i krajnja svrha, postoje neki granični slučajevi kada se vlastito samoodržanje/zdravlje/život proglašava pukim sredstvom za jednu »višu« svrhu.

Držimo da su nam netom izneseni primjeri (koje smo proizvoljno selekcionirali) dovoljna ilustracija i potvrda o širokom rasponu denotativnih i konotativnih značenja pojma zdravlja.

Ali, razlike u poimanju zdravlja ne pojavljuju se samo između različitih društava nego i na individualnoj ravni, među pripadnicima iste, relativno homogene, društvene zajednice. Najbolji primjer radikalnog konstrukta individualnog zdravlja, nalazimo kod Nietzschea: »Stoji do tvoga cilja, tvoga horizonta, tvojih snaga, tvojih nagona, tvojih zabluda i osobito do tvojih ideala i fantazama tvoje duše da se odredi što za samo tvoje tijelo treba značiti zdravlje« (Nietzsche, 1989:143).

U tom smislu, sljedeći zaključak ne čini nam se ni malo preuranjen: zdravlje nije jednostavno »prirodna« biološka pojava/činjenica već socijalni/ljudski proizvod, nešto što društvo/ljudi stvaraju i to uvijek, u većoj ili manjoj mjeri pod (ne)posrednim uplivom dominantnih socio-kulturnih vrijednosti. Koncept zdravlja nema, dakle, vječno, sveopće, nadvremensko značenje; naprotiv, on je relativan, promjenljiv, artefakt socijalnih procesa (Ville et al, 1994), što znači socijalno uvjetovan, dinamičan.

6 O toj novoj epohi koja se neumitno već stvara, krajnje dokumentirano i impresivno govori Rifkin u knjizi *Biotehnoško stoljeće. Trgovina genima u osvit novog vrlg svijeta*.

7 »Tradicionalno i sve do početka modernog doba«, koncept zdravlja »nikada nije izgubio svoje pozitivno značenje« (Habermas, 1986).

8 Naš jezik prepun je fraza koje pokazuju koliko vrijednost pridajemo zdravlju: »Ako nemaš zdravlje, nemaš ništa.«; »zdravlje nije sve, ali bez zdravlja sve je ništa...«

9 U tom kontekstu valja, među ostalim, sagledati i teroristički napad na SAD, 11.09.2001. U osob(e)nom gledanju na taj događaj, Slavoj Žižek drži kako je sasvim drugi problem što mi, sa aspekta naše kulture, teško možemo zamisliti da postoje ljudi koji, posvetivši svoj život nekoj javnoj ili općoj, »transcendentnoj Stvari«, pokazuju do te mjere prezir prema vlastitim životima, da su spremni, u određenim situacijama, žrtvovati ga (Slavoj Žižek, *Kraj odmora od povijesti*, Jutarnji list, 22. 09. 2001.).

Među autorima koji su postulirali socijalno porijeklo koncepta zdravlja (kao i koncepta normalnog) bio je, po ocjeni Lowy, poljski filozof Fleck, u prvim decenijama 20. stoljeća. Fleck je objasnio – što su onda mnogi sociolozi kasnije samo ponovili – da su zdravlje/bolest »socijalni konstrukti« što znači da su njihova određenja u različitim povijesnim razdobljima bili pod »snažnim utjecajem dominantnih vjerovanja i tradicije u određenom vremenu«; drugim riječima, »specifično stanje duha u datom društvu bilo je prvi i najpresudniji faktor« koji je određivao da li će neko stanje biti proglašeno bolesnim ili ne (Lowy, 1988:140).

Zdravlje ima svoje duboko socijalno uporište, među ostalim, i zato jer su ciljevi »onoga 'opet' promjenjivi, još više, njih same tek svako društvo postavlja kao 'normu'« (Bloch, 1981:536). Sasvim konkretno, to znači da »liječnik svakog pojedinog društva, umjesto da uspostavlja sveopće zdravlje 'daje' naprotiv, bolesniku jedno novo«. Ono što je, pritom, bitno istaknuti jest da liječnik/medicina samo »obnavlja upravo onu normalnost koja je svaki put socijalno uobičajena« iz čega neminovno slijedi da »nekog unaprijed danog, vazda jednakog zdravlja nema nigdje« budući da je socijalno rješenje izlječenja uvijek različito (Bloch, 1981:537).

I drugi autori ukazuju na to da se ideje/znanja o zdravlju, strategijama ozdravljenja, nosologiji, etiologiji, klasifikaciji bolesti, dijagnozama, tretmanu... značajno razlikuju od jedne do druge kulture.

Illich će reći da »svaka kultura na svoj jedinstven način razvija i definira obrazac što je čovjek ili što je zdravlje« (Illich, 1976:110). Čovjekovo zdravlje i »pravila života koja to zdravlje odražavaju su posljedica kulture, što znači da su zdravlje (i bolest) uvijek i pitanje procjene, a procjena varira s obzirom na društveni/kulturni kontekst« (Gorz, 1982).

Schroeder drži da zdravlje i bolest služe za procjenu fizičkih i socio–psihičkih pojava. »Označavanje 'zdravstvenog stanja' osoba 'zdravim' ili 'bolesnim' je socijalno određeno«. Zdravstveni status »je unaprijed određen odnosom između pojedinca i ljudi s kojima je u interakciji« (Schroeder, 1983:25). MacLachlan ističe da se »kultura pojavljuje kao dinamičan faktor koji se odnosi praktički na svako stanje zdravlja i bolesti«. Po mišljenju ovog autora, svaka definicija zdravlja (i bolesti) je u cjelini kulturni fenomen (MacLachlan, 1958:235).

Način na koji individue evaluiraju vlastito zdravlje, simptome i interpretiraju biološke promjene, u zavisnosti je od sociokulturnih i soci–psiholoških faktora, ključna je teza Fylkesnesa i Fordea (1991).

Vrlo interesantno objašnjenje tvrdnje zašto je zdravlje primarno socijalni koncept pruža nam Lewis: »kada ljudi, u šali ili ozbiljno, kažu da smo na određen način svi mi pomalo ludi, ili da neurotični ljudi daju, u velikoj mjeri, doprinos umjetnosti, ili da se zločin mora tretirati kao bolest i da se zatvorenici trebaju vratiti u bolnice, oni impliciraju upravo socijalni koncept zdravlja« (Lewis, 1953:110).

Međutim, ne samo koncepti zdravlja i bolesti, nego i koncept prava na zdravstvenu zaštitu, koncept zdravstvenog osiguranja, javno–zdravstveni programi zajedno sa zdravstveno–zaštitnim institucijama su »sve društveni pokušaji koji se čine ne zbog individualnog benefita, nego predstavljaju izuzetno važnu strategiju preživljavanja cjeline društva« (Kottow, 1980:1097).

Ne smije se, naime, zaboraviti vrlo važna činjenica: »zdravi pojedinac označen je zdravim ne u terminima vlastitih šansi preživljavanja, nego u terminima njegovog doprinosa preživljavanju društva čiji je on dio« (Kottow, 1980:1101).

Dubos drži kako je netočno određivati zdravlje i bolest samo u okvirima njihovih »anatomskih, fizioloških ili mentalnih svojstava«. »Pravo mjerilo« zdravlja i bolesti jest, naime, »sposobnost pojedinca da egzistira na način koji može i sam prihvatiti«, ali iznad svega važnije je da ga može »prihvatiti i skupina kojoj pripada« (Dubos, 1965:207).

### 3. BOLEST I PREPOZNAVANJE SIMPTOMA BOLESTI KAO SOCIJALNI KONSTRUKTI

Kada prepoznamo sebe (i)li druge kao »bolesne«, na djelu je proces socijalnog definiranja; bolest je označena kao »bolest« samo u onoj mjeri u kojoj ona ima posebne implikacije za nas, kao ljude, a ne samo kao biološke organizme. Jednom riječju, bolest je produkt posebne socijalne stvarnosti koju sami stvaramo (Stainton–Rogers, 1991:31–32).

Po mišljenju Dingwalla, središnje mjesto u određenju bolesti treba imati koncept »normalnosti« (*ordinariness*) unutar konteksta općih socijalnih normi (Dingwall, cit. prema Stainton–Rogers, 1991). Nedvojbeno je da ljudi, unutar konteksta širih eksploatacijskih sustava, nastoje zdravlju i bolesti pridati određeni smisao koji im omogućava da sagledaju sebe, ali i druge, u terminima procjene »normalnog«/»uobičajenog« ili u terminima neke od njegovih antiteza: »devijantnost«, »neobičajenost«, »diskontinuitet«... (Dingwall, cit. prema Stainton–Rogers, 1991:34). Za cjelovitu prosudbu da li smo »zdravi« ili »bolesni«, potrebno je koristiti još i pomoćni koncept: koncept »diskontinuiteta« (*discontinuity*). Suočavanje sa »diskontinuitetom«, kada nešto uznemiri, do tada nesmetani rad naših tijela, snažna želja da se vidimo ali i da nas drugi vide, više–manje, »normalnima«, odnosno da se vratimo na »normalno« stanje što je moguće prije, čini neophodan okvir za objašnjenje kako i zašto postajemo bolesni (Dingwall, navedeno prema Stainton–Rogers, 1991:35). Pogrešno je misliti, upozorava Dingwall, da je devijacija, ili odstupanje od »normale«, isključivo status koji je nametnut od strane nekih moćnih ljudi/grupa u društvu; »normalnost« također uključuje mišljenje onog dijela ljudi koji su neposredno (i)li posredno involvirani u te procese; oni postaju u značajnoj mjeri zabrinuti zbog nečije »devijantnosti«, bolje rečeno, zabrinuti zbog implikacija koje nečija »devijantnost« može imati po njih same.<sup>10</sup> (Samo)označavanje »bolesnog« u našoj kulturi, uvijek, u većoj ili manjoj mjeri, uključuje pitanja o odgovornosti, sramoti, prijekoru, pokudi i krivici. Kada biologijski »diskontinuitet« narušava »normalnost«, na »dnevni red« dolaze pitanja o osobnoj, moralnoj odgovornosti za nastanak bolesti: Zašto mi se ovo događa? Zašto baš ja? Zašto sada? (Dingwall, navedeno prema Stainton–Rogers, 1991:35). Unutar Zapadnog sustava vrijednosti i kolektivne svijesti, pojam bolesti obično se koristi kao metafora za nedostatak »samokontrole«, »samodiscipline«, »samoodricanja« iz čega neposredno slijedi da »zdravo tijelo« može biti isključivo »vlasništvo zasluženog vlasnika« (Abrams, 2000).

<sup>10</sup> Najbolji primjer je slučaj Ele, djevojčice zaražene virusom HIV; svi »involvirani« oštro su se pobunili protiv odluke da ona, kao »nenormalna«, bude polaznica škole u Kaštelama u kojoj su svi ostali polaznici »normalni«.

Perspektivu socijalnog konstrukcionizma koristi i Radley: stavovi o zdravlju i bolesti temelje se u čovjekovom širem razumijevanju svijeta u kojem živi kao i njegovog mjesta unutar tog svijeta (Radley, 1994). Fox uočava da ljudi pod bolešću primarno misle odstupanje od normale a ono što je »normalno« ili »zdravo« razlikuje se od jedne do druge kulture. Brojne komparativne studije pokazuju da se neka stanja, koja u određenoj kulturi ili socijalnom *milieu* nisu definirana kao bolesti, u nekim drugim kulturama, definiraju, proživljavaju i, potom, tretiraju kao bolesti (Fox, 1989). Sociokulturni faktori utječu, decidan je Fox, na to koja će se stanja definirati kao bolest, kako će se ona nazvati, kako će se interpretirati i doživjeti kao i način na koji će se ona otkriti i dijagnosticirati (Fox, 1989). Drugim riječima, i sama (medicinska) znanost je »socijalni produkt«, što znači da su medicinska nosologija i tipologija bolesti produkt socijalnih procesa i da se one stalno mijenjaju (Freund, McGuire, 1991:208).<sup>11</sup> Brojni primjeri potvrđuju da »socijalno značenje utječe na individualno fizičko iskustvo i percepciju vlastitog tijela (Freund, McGuire, 1991). Među drastičnije primjere koji pokazuje u koliko je mjeri neka bolest socijalni konstrukt spada, zasigurno, jedan koji se često navodi u literaturi (Stainton–Rogers, 1991; Freund, McGuire, 1991); riječ je o bolesti »drapetomania« koju je »otkrio« i opisao Cartwright 1851. godine; »drapetomania« je bila »bolest« crnačkih robova; njezini simptomi sastojali su se u »bjegstvu od gospodara« a njezini uzroci su »blagi tretman i nedostatak discipline« (Stainton–Rogers, 1991:31). Ovakvo bjelodano nemoguće i smiješno (pa baš zato i lako prepoznatljivo ideologijski motivirano) označavanje, pokazuje da su mnoge »bolesti« prije svega stvar socijalne a ne isključivo medicinske definicije (Stainton–Rogers, 1991).<sup>12</sup>

Primjena perspektive socijalnog konstrukcionizma u analizi bolesti dovodi do daljnjih bitnih saznanja: socijalni i kulturni faktori utječu također i na odluku o tome kome će se informacija o bolesti povjeriti; koje vrste pomoći se traže (ako se uopće traže<sup>13</sup>), koja je terapija pripisana i kakvi su joj izgledi za uspjeh; kakva je prognoza te, naposljetku, što se kani poduzeti kako bi se ta bolest prevenirala (Fox, 1989).

Prema tome, odgovor na pitanje: »Što se točno misli kada kažemo da je netko bolestan?«, uvijek ovisi od toga tko takvu interpretaciju vrši i na kojoj osnovi (Radley, 1998:2). Brojna istraživanja ukazuju da ljudi ne uočavaju bolest samo na osnovi informacija o tjelesnim stanjima već i s obzirom na očekivanja o tome kako će izvršavati svoje socijalne aktivnosti (Appels, 1986; Zborowski, 1952; Payer, 1996; Zola, 1973).

Prema tome, izražavanje osjećaja boli nije »unutarnja reakcija nego socijalno oblikovan odgovor« (Harre, 1986) koji se može kretati u širokom rasponu od potpunog ignoriranja simptoma do njihovog »dramatiziranja« (Goffman, 1971).

11 Navest ćemo samo jedan primjer: »bolest« menopauza koja je indeksirana u Internacionalnoj klasifikaciji bolesti tek prije 50 godina; zapadna biomedicina, dakle, tretira kao bolest nedostatka estrogena, nešto što je prirodni biološki proces; ali, upozoravaju Freund i McGuire, postoje značajne kulturne razlike u njezinim fizičkim i emocionalnim popratnim pojavama koje su u vezi sa socijalnom ulogom žene u obitelji/društvu. Biomedicinska konstrukcija menopauze, međutim, »ignorira ova socijalna značenja, reducirajući iskustvo na niz biokemijskih procesa za koje se pretpostavlja da karakteriziraju svako žensko tijelo bez obzira na kulturne ili socioekonomske faktore« (Freund, McGuire, 1991:209).

12 Slijedi još jedan zanimljiv primjer: podemo li od grčke definicije idiota kao onog koji je u potpunosti »i samo za svoje privatne stvari zainteresiran stvorenje«, onda moramo neminovno doći do zaključka da su »mnogi građani sadašnjih raznih društvenih uređenja i zajednica zaista idioti«, budući da oni pokazuju krajnju nezainteresiranost i ravnodušnost.« (Mills, 1964) za razliku od klasičnog građanina polisa koji je nalazio smisao života u svojoj egzistenciji kao političko biće, »koje sudjelatno i suraspravljajući, suodlučujući određuje sudbina svojega grada« (Fetscher, 1989:20).

13 Mnoga istraživanja pokazuju da u današnjim uvjetima, ljudi, većinu doživljenih simptoma, ne prezentiraju zdravstvenom profesionalcu (Harding, Nettleton, 1991:17).

Tu činjenicu oštro formulira Merleau–Ponty: način na koji čovjek upotrebljava vlastito tijelo (zdravo i/ili bolesno), bitno »transcendira tijelo kao puko biološko biće« (Merleau–Ponty, 1984) što nas upućuje na zaključak da je promašeno misliti da se isključivo u znanstvenom (»neutralnom« i »objektivnom«) sagledavanju tijela može pouzdano »iščitati« fundamentalni poremećaj »iz kojeg se, potom, jednostavno dade »derivirati« mnoštvo simptoma (Merleau–Ponty, 1984). Simptom je, upozorava Merleau–Ponty, »jedan odgovor organizma na pitanje sredine«; »slika simptoma mijenja se sa pitanjima koja se postavljaju organizmu«; simptom uvijek »korespondira jednom duhovnom očekivanju,<sup>14</sup> i, da bi bio značajan, neophodno je da ovo očekivanje bude precizno« (Merleau–Ponty, 1984:134–135).

U zaključku, valja reći: način na koji ljudi reagiraju na uočene simptome je, vrlo često, kompleksniji nego što se to na prvi pogled izgleda (Harding, Nettleton, 1991).

Temeljni teorijski interes socijalnog konstrukcionizma za »zbilju svakodnevnog života«, odnosno, za »znanje koje vodi vladanje u svakodnevnom životu« ili, prije »subjektivni doživljaj svakodnevnog života« (Berger, Luckmann, 1992:37–38), primijenjen u medicinskoj sociologiji, »urodio« je vrlo plodonosnim konceptom »ponašanja bolesnika« (*illness behavior*). Da bi naši izvodi bili jasniji, neophodno je uputiti na neka važna leksičko–pojmovna razgraničenja između riječi *disease*, *illness* i *sickness* u engleskom jeziku.<sup>15</sup>

Pod pojmom *disease* podrazumijevamo »nešto što liječnik dijagnosticira i liječi« kao što su npr. gripa, rak ili tuberkuloza; *disease* se uvijek odnosi, pojašnjava Readly, na patološka ili biološka stanja (i)li promjene u tijelu tako da glavni *simptom* gripe uključuje temperaturu, glavni simptom raka, nekontrolirani rast stanica, glavni simptom tuberkuloze, jak kašalj.

Pojam *illness* koristi se kao oznaka za »iskustvo/doživljaj bolesti« što znači da uključuje osjećaje koji se odnose na promjene u tjelesnim stanjima kao i posljedice koje nastaju uslijed nošenja s bolešću (Radley, 1998). Drugim riječima, *illness* se tiče odgovora individue na simptome: kako se netko osjeća, što pro(do)življava i kakav smisao i značenje pridaje svojoj bolesti (Harding, Nettleton, 1991).

Pojam *sickness*<sup>16</sup> se može definirati kao socijalno stanje u koje ljudi dolaze ukoliko ih drugi smatraju/označavaju bolesnima (Radley, 1998). *Sickness* se odnosi na poseban status ili ulogu koju individua ima u društvu a potvrđuje se ili prisustvom bolesti ili iskustvom/doživljajem bolesti.

Vrlo česta pojava brkanja pojmova *disease* i *illness*, odnosno njihovo korištenje kao sinonima u svakodnevnom jeziku, proizlazi iz »pretpostavke da je 'normalno' da se oni pojavljuju zajedno« (Radley, 1998:3). Mnoga istraživanja ponašanja bolesnih ljudi

14 U engleskom jeziku postoji razlika između *symptom* i *sign*; *symptoms* su »znakovi bolesti koji ovise o subjektivitetu pacijenta i liječnika« dok su *signs* »objektivni znaci bolesti koje dugujemo valjanom postupku istraživanja« (Pawelzik, 2002:73).

15 U našem jeziku ne postoje posebni izrazi za ove bitne razlike.

16 Parsonsov koncept uloge bolesnika (*sick role*), unatoč brojnih nedostataka, predstavlja veliki doprinos sociologiji zdravlja i bolesti poglavito stoga jer je *sickness* prepoznata kao socijalno stanje u kojem je bolesna osoba okružena nizom novih i kulturnih očekivanja (Taylor, 1999). Vrijednost Parsonsovog koncepta »uloge bolesnika« sadržana je u saznanju da naša percepcija simptoma tek treba dobiti »službenu« potvrdu/priznanje koju može dati samo liječnik. Dakle, između prepoznavanja simptoma bolesti i, općenito, čovjekovog osjećaja boli/tegoba te dobivanja statusa bolesnika ne postoji samorazumljivi automatizam; naprotiv, status bolesnika (koji znači određena prava ali i dužnosti) nije lako završediti, a ponajmanje danas kada u gotovo svim zemljama dolazi do rastakanja mnogih socijalnih prava pa i prava na zdravstvenu zaštitu.



pokazuju, međutim, da bolesnikovo iskustvo/doživljaj simptoma ne dovodi automatski i neizostavno do traženja medicinske (ili bilo koje druge) pomoći što znači da nije samorazumljivo da je netko »bolestan« zato jer »ima bolest« (u značenju patološkog stanja). Vrlo često se dešava, pojašnjava Radley, da se bolest dijagnosticira na osnovu tjelesnih znakova koje sama osoba nije uočila. Navest ćemo samo jedan primjer: kada se, kao rezultat rutinskog medicinskog istraživanja, otkrije da je osoba HIV pozitivna<sup>17</sup> ili da ima visoki krvni tlak. Vrijedi, naravno, i obrnut slučaj: da se netko osjeća bolesnim unatoč tome što nije »objektivno« pronađen niti jedan relevantan simptom.<sup>18</sup>

## UMJESTO ZAKLJUČKA

Zbog nekih radikalnijih stavova (tijelo nije ništa drugo nego socijalna konstrukcija,<sup>19</sup> odnosno, tijelo nije ništa više od produkta partikularnih diskursa;<sup>20</sup> tijelo i tjelesni procesi nemaju značenje izvan sklopa ideja i prakse koja ih okružuje), perspektiva socijalnog konstrukcionizma često je bila predmetom oštih kritika pa i odbacivanja (Bury, 1986). Zacijelo, najoštiju kritiku sadrži tvrdnja da je perspektiva socijalnog konstrukcionizma »prirodu srozala u kulturu« (Taylor, 2000:272).

Unatoč pokušaja osporavanja važnosti i korisnosti perspektive socijalnog konstrukcionizma (među ostalim i tvrdnjama o tome da ona počiva na kontradiktornim intelektualnim i vrijednosnim premisama), držimo da je temeljni interes socijalnog konstrukcionizma za »subjektivni doživljaj svakodnevnog života« (Berger, Luckmann, 1992) ekstrapoliran u područje proučavanja zdravlja, bolesti i ponašanja bolesnika učinio ovu perspektivu jednim od »nadasve kreativnih i produktivnih pristupa u medicinskoj sociologiji« (Taylor, 1999:274). Osim što je omogućila odbacivanje ustaljene, »samorazumljive« predodžbe čovjekovog tijela kao »razmjerno nepromjenljivog entiteta koji biva potaknut na akciju putem relativno autonomnih agensa« (Taylor, 1999:274), perspektiva socijalnog konstrukcionizma je definitivno učvrstila bitnu spoznaju: čovjekova predodžba, poimanje, »znanje« o bolesti je realno, »zbiljsko« a to znači da »posjeduje određene karakteristike« – da ih osoba uzima »zdravo za gotovo«, da se »zbiljnost« nekog »shvaćanja odražava« sa brojnim implikacijama u datom društvu kao i to da se »ta 'zbiljnost' može opet izgubiti za pojedinca ili za cijeli kolektivitet« (Berger, Luckmann, 1992:17). Prema tome, uspjeh svakog terapijskog djelovanja određen je, među ostalim, u kojoj mjeri liječnik vodi računa o bolesnikovom »znanju« ili »subjektivnim simptomima« (Pawelzik, 2002) »bez obzira na krajnju valjanost ili nevaljanost (po bilo kojim kriterijima) takvog 'znanja'« (Berger, Luckmann, 1992:17). Drugim riječima, bolesnikova (samo) percepcija simptoma, ne smije se zanemamariti a kamoli zamijeniti »objektivnim«, tehničkim, empirijskim, laboratorijskim

17 Tada je na djelu process stigmatizacije tj. negativno socijalno obilježavanje bolesnika čime se, među ostalim, potvrđuje središnja teza o tome da je zdravlje/bolest socijalni konstrukt; o stigmatizaciji bolesnika pronicljivo i angažirano govori Sontag (*Bolest kao metafora*, 1983; *Aids and its metaphors*, 1988) i Goffman (*Stigma*, 1990).

18 I takvi »bolesnici« mogu biti stigmatizirani u zapadnoj kulturi u kojoj rad predstavlja jednu od najviših vrijednosti, kao oni koji traže socijalno opravdanje za nerad, za »otudjenje« od društvenih normi... O načinima kojima društvo treba spriječiti tu, vrlo izglednu, situaciju (da netko dakle, »neopravdano« što znači na osnovi simptoma koje liječnik nije uspio »objektivno« ustvrditi) dobije status bolesnika, posebno se bavio Parsons, 1951.

19 Lupton, 1995.

20 Armstrong, u knjizi »Politička anatomija tijela« (1983).

sko–kemijskim... nalazima kojima suvremena sofisticirana medicina svakim danom sve više raspolaže; ili: laički eksplanativni sistemi trebaju se smatrati funkcionalnim unutar njihovog vlastitog područja te stoga trebaju zadobiti ravnopravan, a ne, kao sad, uglavnom »inferioran kognitivni« (Berger, Luckmann, 1992) i epistemološki status sa ostalim sistemima. Nema razloga, dakle, zahtijevati da je jedan način objašnjenja bolesti obvezatan ili neminovno više točan ili više vrijedan od drugog (Stainton–Rogers, 1991). Pokazuje se da je jedna od bitnih pretpostavki uspješne terapije uspostavljanje mosta između laičkog i biomedicinskog određenja zdravlja, bolesti i načina liječenja (Peters et al, 1998).

## LITERATURA

- Abrams, M. (2000). "Jesus will fix it after awhile": meanings and health. **Social Science and medicine**, 50; 89–105.
- Appels, A. (1986). Culture and disease. **Social Science and Medicine**. 23, 477–83.
- Armstrong, D. (1983). **The political anatomy of the body**. Cambridge: Cambridge University Press.
- Attali, J (1992). **Povijest vremena**. Zagreb: A. Cesarec.
- Berger, P. L., Luckmann, T. (1992). **Socijalna konstrukcija zbilje**. Zagreb: Naprijed.
- Bilton, T., Bonnett, K. Jones, P., Skinner, D., Stanworth, M. and Webster, A. (1997). **Introductory sociology**. Third edition. MacMillanPress LTD.
- Bloch, E. (1981). **Princip nada**, II. svezak. Zagreb: Naprijed.
- Bury, M. (1986). Social constructionism and the development of medical sociology. **Sociology of Health and Illness**. (2), 137–69.
- Bury, M. (1987). Social constructionism and medical sociology: rejoinder to Nicolson and McLaughlin. **Sociology of Health and Illness**. Vol. 9. No 4.
- Bury, M. (1997). **Health and illness in a changing society**. London and New York: Routledge.
- Brzezinski, Z. (1994). **Izvan kontrole. Globalna previranja uoči 21. stoljeća**. Zagreb: Otvoreno Sveučilište.
- Cockerham, W. C. (2001). **Medical sociology**. Eighth edition. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice Hall.
- Dubos, R. (1965). **Čudesno zdravlje**. Zagreb: Epoha.
- Dubos, R. (1965). **Man, medicine and environment**. New York, Washington, London: Frederick A. Praeger, Publishers.
- Dufrenne, M. (1978). **Za čovjeka**. Beograd: Nolit.
- Fox, Renee C. (1989). **The sociology of medicine. A participant observer's view**. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Freund, P. E. S., McGuire, M. (1991). **Health, Illness and the Social Body. A Critical Sociology**. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Friedson, E. (1970). **Profession of Medicine, a Study of the Sociology of Applied Knowledge**. New York: Harper and Row.

- Fylkesnes, K. Forde, O. H. (1991). The Tromso study: predictors of self-evaluated health– has society adopted the expanded health concept? *Soc Sci Med*, 32:141–146.
- Goffman, I. (1971). *The Presentation of Self in Everyday Life*. Harmondsworth: Penguin.
- Goffman, E. (1990). *Stigma. Notes on the management of spoiled identity*. Penguin Books.
- Gorz, A. (1982). *Ekologija i politika*. Beograd: Prosveta.
- Habermas, J. (1986). *Tehnika i znanost kao »ideologija«*. Zagreb: Školska knjiga.
- Harding, G., Nettleton, S. (1991). *Sociology for Pharmacist. An Introduction*. Dt. Zentralbibliothek f. Medizin.
- Harre, R. (ed). (1986). *The Social Construction of Emotions*. Oxford: Blackwell.
- Heller, A. (1986). *Vrijednosti i potrebe*. Beograd: Nolit.
- Illich, I. (1976). *Medicinska Nemezis*. Beograd: Vuk Karadžić.
- Illich, I. (1986). Body history. *Lancet*. December 6, pp. 1325–1327.
- Kottow, M. H. (1980). Defining health. *Med Hypotheses*, 6: 1097–1104.
- Lewis, A. (1953). Health as a social concept. *Brit J Sociol.*, 4: 109–124.
- Lowy, I. (1988). Ludwik Fleck on the social construction of medical knowledge. *Sociology of health and illness* 10:135–155.
- Lupton, D. (1997). *The imperative of health. Public health and the regulated body*. London. Thousands Oaks. New Delhi: SAGE Publications.
- Melloti, U. (1987). Biologija, kultura i racionalnost: proturječna civilizacije i dijalektika osobođenja. *Marksizam u svijetu*, 5–6.
- Merleau-Ponty, M. (1984). *Struktura ponašanja*. Beograd: Nolit.
- Moore, S. with Sinclair, S. P. (1999). *Sociology. Teach Yourself Books*. Cox&Wyman. Ltd.
- Nietzsche, F. (1989). *Volja za moć*. Zagreb: Mladost.
- Pawelzik, Markus R. (2002). O medicinskom zaboravu tijela. *Filozofska istraživanja*, 22(1):1–315.
- Payer, L. (1996). *Medicine and Culture. Varieties of Treatment in the United States, England, West Germany, and France*. An Owl Book, Henry Holt and Companu: New York.
- Peters, S., Stanley, I., Rose, M. and Salmon, P. (1998). Patients with Medically Unexplained Symptoms: Sources of Patients' Authority and Implications for Demands on medical Care. *Social Science and Medicine*. Vol. 46, Nos 4–5, pp. 559–565.
- Platon (1985). *Obrana Sokratova. Kriton. Fedon*. Beograd: BIGZ.
- Radley, A. (1994). *Making sense of illness*. The social psychology of health and disease. SAGE Publications.
- Rifkin, J. (1998). *Biotehnoško stoljeće*. Zagreb: Naklada Jesenski i Turk.
- Rothacher, E. (1985). *Filozofska antropologija*. Sarajevo: Logos.
- Scambler, G. (1991). *Sociology as Applied to Medicine*. 3<sup>rd</sup> edn. London, Balliere Tindall.
- Scheler, M. (1987). *Položaj čovjeka u kozmosu. Čovjek i povijest*. Sarajevo: Veselin Masleša–Svjetlost.
- Schroeder, E. (1983). Concepts of health and illness. in: Culyer, A. J., ed. *Health indicators. An international study from the European Science Foundation*. Oxford: M. Robertson.

- Sleath, B., Rubin, R.H., Campbell, W., Gwyther L. and Clark, T. (2001). Physician–patient communication about over-the-counter medications. **Social Science and Medicine**, str. 357–369.
- Spengler, O. (1990). **Propast Zapada**. Knjiga IV. Beograd: Književne novine.
- Spranger, E. (1942). **Oblici života. Duhovnoznanstvena psihologija i etika**. Zagreb: Matica Hrvatska.
- Stanton Rogers, W. (1991). **Explaining health and illness. An exploration of diversity**. New York: Harvestewr, Wheatsheaf.
- Schulz, R. M., Holdford, D. A. (1996). Definitions and meaning of health. In: **Social and behavioral aspects of pharmaceutical care**, ed., Smith, M. C. and Wertheimer, A. I. Pharmaceutical Products Press. New York, London.
- Sontag, S. (1983). **Bolest kao metafora**. Beograd: Pečat.
- Sontag, S. (1988). **AIDS and its metaphors**. New York: Farrar, Straus and Giroux.
- Soyland, J. (1997). Speaking the decorated body. in: **Material discourses of health and illness**, ed. Yardley, L., London and New York: Routledge.
- Taylor, S. (1999). Health, illness and medicine. in: **Sociology. Issues and debates**, ed. by Taylor, S., Palgrave.
- Ville, I., Ravaud, J-F., Diard, C. and Paicheler, H. (1994). Self-representations and physical impairment: a social constructionist approach. **Sociology of Health and Illness**, 16(3).
- Zborowski, M. (1952). Cultural components in responses to pain. **Journal of Social Issues**, 8:16–30.
- Zola, I. K. (1973). Pathways to the doctor – from person to patient. **Social Science and Medicine**, 7, 677–689.

## THE PERSPECTIVE OF SOCIETAL CONSTRUCTIONISM: SOME IMPLICATIONS IN CONNECTION WITH ESTABLISHING PHYSICAL AND MENTAL HEALTH, ILLNESS AND BEHAVIOUR OF PATIENTS

Živka Staničić

School of Medicine, University of Split; Department: Physician and Patient

### Summary

The basic interest of societal constructionism for a 'subjective experience of everyday life' extrapolated within the field of the research of physical and mental health, illness and behaviour of patients has brought with some productive knowledge: a) health and illness are not only a part of the natural reality but also a societal construct, 'artefacts' of societal processes; b) societal and cultural differences are established not only with the help of how will a person perceive and interpret symptoms of illness, but also on the etiology and nosology of illness, ways of participating within the programmes of health care; when, how and which services will be used, what strategy of health recovery will be chosen; who in a society has the legitimacy for establishing physical/mental changes as symptoms, and how will they be named and classified; c) the perception of symptoms on the part of the patient should not be neglected, nor substituted for objective, technical, empirical, laboratory and chemical finds, on the contrary, the laymen explanatory systems should be regarded as functional and therefore should gain an equal status, not as up to now, mainly that of a second-rated cognitive and epistemological status. In other words, for a successful therapy, it is of extreme importance to establish a connection between a layman health diagnosis and that of natural sciences, as well as the establishment of the diagnosis of illnesses and treatment methods.

**Key words:** health as a societal construct; illness as a societal construct; layman explanatory systems.

## DIE PERSPEKTIVE DES GESELLSCHAFTLICHEN KONSTRUKTIVISMUS: EINIGE IMPLIKATIONEN BEI DER BESTIMMUNG DER GESUNDHEIT, DER KRANKHEIT UND DES VERHALTENS DES KRANKEN

Živka Staničić

Die Medizinische Fakultät der Universität Split; Lehrstuhl: Arzt und Kranker

### Zusammenfassung

Das grundlegende Interesse des gesellschaftlichen Konstruktivismus an "dem subjektiven Erlebnis der alltäglichen Lebens" hat – extrapoliert im Forschungsgebiet der Gesundheit, der Krankheit und des Krankenverhaltens – zu den produktiven Erkenntnissen geführt: a) Gesundheit und Krankheit sind nicht nur natürliche Tatsachen, sondern auch der gesellschaftliche Konstrukt, die "Artefakte" sozialer Prozesse; b) die soziokulturelle Verschiedenheiten bestimmen nicht nur wie eine Person die Krankheits Symptome wahrnehmen und interpretieren wird, sondern auch die Ätiologie und Nosologie der Krankheit, die Weisen der Partizipation an den Programmen des Gesundheitsschutzes; wenn, wie und welche Dienste man benutzen wird, welche Heilstrategie man auswählen wird; wer in der Gesellschaft den Legitimität hat die körperliche und seelische Veränderungen als Symptome zu erkennen, und wie man sie benennen und klassifizieren soll; c) die Symptomenwahrnehmung des Kranken muss man nicht vernachlässigen, geschweige denn sie mit den objektiven, empirischen, laboratorisch-chemischen Befunden austauschen; im Gegenteil, laienhafte explanatorische Systeme muss man als funktionelle Systeme ansehen und deswegen sollen sie erreichen einen gleichberechtigten und nicht, als bis jetzt, einen zweitrangigen kognitiven und epistemologischen Status. Anders gesagt, für eine erfolgreiche Therapie ist es ausserordentlich wichtig zwischen der laienhaften und naturwissenschaftlichen Bestimmung der Gesundheit, der Krankheit und den Heilmethoden eine Brücke zu schlagen.

**Grundaussdrücke:** Gesundheit als gesellschaftlicher Konstrukt; Krankheit als gesellschaftlicher Konstrukt; laienhafte explanatorische Systeme