

2019

Sveučilište u Zagrebu,
Filozofski fakultet
*Odsjek za etnologiju i
kulturnu antropologiju*

TANJA BUKOVČAN



[ANTROPOLOGIJA MEDICINSKIH SUSTAVA]

Etnomedicina i medicinska antropologije se danas bave suvremenim etnomedicinskim pitanjima i problemima zdravlja i javnoga zdravstva, zdravstvene prosvjećenosti, tolerantnosti prema drugim medicinskim sustavima i shvaćanjima, a njihova saznanja se smatraju prijeko potrebnima ne samo u istraživanjima kulture, već se nameću i kao rješenja mnogih praktičnih problema vezanih uz zaštitu zdravlja, povećanja kvalitete života ili sprečavanja medicinske diskriminacije.

Sadržaj

1. UVOD	3
1.1. Medicina u humanističkim znanostima – razvoj medicinske antropologije i etnomedicine	3
1.2. Medicinski sustavi i Foucaultova teorija biomedicine	7
2. TEORIJE MEDICINSKE ANTROPOLOGIJE	9
2.1. Osnovna teoretska polazišta – W. H. Rivers, M. Douglas i Lévi-Strauss	9
2.2. Tri sektora medicinskih sustava i objasnidbeni modeli (Kleinman).....	19
2.3. Teorije i faktori uporabe komplementarne i alternativne medicine	24
2.4. Politike tijela, iskustva i emocija	27
2.5. Koliko slobodan je slobodan izbor: o racionalnosti donošenja medicinskih odluka i izboru terapija	37
3. ANTROPOLOGIJA I MEDICINA	44
3.1. Etnografsko pisanje o medicinskim sustavima.....	44
3.2. Kvantitativno i kvalitativno u medicinskoj antropologiji	48
3.3. Etički principi kvalitativnih istraživanja zdravstvenih sustava	55
3.4. Narativna medicina – od naracija o bolesti (<i>illness narratives</i>) do patografija	64
4. ETNOLOGIJSKA ISTRAŽIVANJA MEDICINSKIH SUSTAVA U HRVATSKOJ.....	69
4.1. Tradicijska medicina unutar etnologije.....	69
4.2. <i>Ljekaruše</i> – priručnici za kvalitetniji život i popisnici (tradicijskog) medicinskog znanja.....	71
4.3. Rane ideje javnog zdravstva u Hrvatskoj – liječnici na etnografskom zadatku	80

“Jesu li to doktori?” Harry tiho upita Rona.
“Doktori?” ponovi Ron zaprepašteno. „Oni bezjački
luđaci koji režu ljude? Ne, ovo su vidari.”

J. K Rowling: Harry Potter i Red Feniksa

1. UVOD

1.1. Medicina u humanističkim znanostima – razvoj medicinske antropologije i etnomedicine

Etnomedicina i medicinska antropologija danas su jedne od najvažnijih disciplina s područja humanističkih znanosti koje se bave istraživanjima medicinskih sustava.¹ Etnomedicina se općenito smatra sastavim dijelom etnologije srednjoeuropske tradicije, dakle, posebnom tematskom disciplinom unutar etnologije koja se bavi proučavanjem tradicijskih medicinskih sustava. Naziv etnomedicina se, međutim, vrlo često u anglosaksonskoj literaturi koristi i za istraživanja izvaneuropskih tradicijskih medicinskih sustava (Nichter 1992), u tradiciji kolonijalne antropologije druge polovice 19. i prve polovice 20. stoljeća, kada takva istraživanja unaprijed definiraju medicinske sustave koloniziranih *Drugih* kao neupitno inferiorne zapadnom, biomedicinskom sustavu te ih stoga već jezično stigmatiziraju kao Druge medicine (*other medicines*).

Medicinska antropologija se kao posebna disciplina, ili kako je Charles Leslie² naziva akademska specijalizacija (Leslie 2001), razvila unutar sociokulturne antropologije tijekom 1960-ih i 1970-ih godina, nakon što je većina biomedicinskih zdravstvenih projekata koji su ponuđeni nezapadnim zemljama Trećeg svijeta bila potpuno bezuspješna i dočekana od strane ciljne populacije s općim i širokim otporom i

¹ Humanistička znanost koja se bavi poviješću i razvojem zapadne biomedicine i biomedicinske misli naziva se povijest medicine, a važno je spomenuti i medicinsku sociologiju koja se bavi položajem biomedicinskog sustava u zapadnom društvu, društvenim statusom i značenjem praktičara biomedicine – liječnika, odnosom liječnika i pacijenata i značenjem biomedicine u svakodnevnom životu te socijalnu medicinu koje se bavi socijalnim aspektom biomedicine. Sve te discipline se, međutim, uglavnom bave biomedicinom i funkcioniraju u službi biomedicine jer promatraju načine na koji zapadno društvo percipira biomedicinski sustav i kako se taj sustav odražava u društvu.

² Charles Leslie je jedan od utemeljitelja i vodećih teoretičara medicinske antropologije.

odbijanjem bilo kakve suradnje (Leslie 2001). Postalo je jasno da se medicinski koncepti moraju tretirati kao kulturni koncepti i kao dijelovi pojedinih kultura te da nametanje i uvođenje našega biomedicinskog sustava u kulture u kojima taj sustav nije dominantan nailazi na mnoge teškoće. Od toga trenutka medicinska antropologija traži odgovore na pitanja zašto se to događa, kako funkcioniraju drugačiji medicinski sustavi, kako se oni međusobno preklapaju, koliko ovise o kulturi čiji su sastavni dio, koliko su oblikovani kulturnom svijesću ljudi koji ih stvaraju te koliko sami oblikuju tu svijest, koliko su sastavni dio odnosa moći u pojedinim kulturama i kako koriste ili stvaraju medicinsko znanje kao oblik moći.

Interes za teme koje danas pokrivaju etnomedicina i medicinska antropologija je mnogo stariji od samih disciplina. Etnolozi srednjoeuropske tradicije uključuju teme vezane uz tradicijske oblike liječenja u svoje monografije, o čemu će biti više govora u četvrtom poglavlju, već od kraja 19. stoljeća, dok se medicinska antropologija kao posebna tema istraživanja javlja u većoj mjeri nakon Drugoga svjetskog rata (Leslie 2001) te ima svoje korijene u već davno iskazanom interesu za šamanizam i ostale oblike ritualnoga liječenja, kulturno određene sindrome (*culture-bound syndromes*) (Kleinman 1984), za varijacije osobnosti i veza između kulture i osobnosti (poznata, iako kasnije osporena zbog svoje preopćenitosti odn. generalizacije, studija Ruth Benedict (Benedict 1934) o tipovima kultura kao tipovima ličnosti) te za mentalne bolesti, posebno tijekom 1940-ih i 1950-ih godina, kada je Drugi svjetski rat bio definiran kao kulturno-društveno-politički uzrok mnogih mentalnih oboljenja.

Primarni poticaj za razvoj akademske discipline došao je otprilike desetljeće kasnije i to od strane primijenjene zdravstvene zaštite, kada su antropolozi koji su se bavili temama javnoga zdravstva i zdravstvenih problema u izvaneuropskim zemljama pozivani kao konzultanti u velikim zdravstvenim projektima na području Latinske Amerike, Azije, Afrike te među pripadnike starosjedilačke američke i latinoameričke populacije u Sjedinjenim Američkim Državama (Leslie 2001). Trebali su poslužiti kao svojevrsni “kulturni prevoditelji”. U hladnoratovskoj i neokolonijalističkoj retorici toga

vremena, pomoć “zemljama Trećeg svijeta”³, kako su se tada nazivale sve nezapadne, neindustrijalizirane zemlje “upitnoga” političkog sustava, proklamatorno je služila tome da učvrsti njihove nestabilne vlade i onemogući revolucionarno nezadovoljstvo (Leslie 2001). Dio te sustavne transakcije blagostanjem bio je i zdravstveni sustav jer se radilo o zemljama u kojima su smrtnost novorođenčadi i stopa smrtnosti od infektivnih bolesti još bile izuzetno visoke, a antibiotici zvani “čudotvornim lijekovima” bili su direktna i učinkovita demonstracija zapadne superiornosti u medicini, znanosti i kulturi i svojevrsno opravdanje neokolonijalističkih težnji (Leslie 2001).

No, liječnici i stručnjaci javnoga zdravstva ubrzo se susreću s “neposluhom” onih kojima su došli pomoći – lokalno stanovništvo ne dolazi u novootvorene klinike, ne poštuje uputstva za prokuhavanje vode, odbija primiti injekcije, žene odbijaju oralnu kontracepciju – što je jednostavno uvjerilo liječnike i zdravstvene radnike da su lokalne kulture prepune praznovjerja koje je potpuno onemogućavalo njihove napore da u njihove tradicije “vedu racionalno ponašanje koje se bazira na znanstvenom medicinskom znanju” (Leslie 2001:430). Oni to shvaćaju kao problem između modernizma i tradicije, između racionalnih i iracionalnih kultura (Paul 1955). Nažalost, prvi antropolozi koji sudjeluju u tim projektima, još neskloni teoretski utemeljenom promatranju medicinskih sustava kao sustava moći, teorijski ostaju na strani biomedicinskog determinizma, a metodološki na razini pisanja etnografija o nekoliko lokalnih običaja vezanih uz liječenje ili možda tradicijskih ideja o zdravlju i bolesti koje su im se činile narativno zanimljivima, ali ne i medicinski relevantnima. Značajan doprinos disciplini tijekom 1960-ih i 1970-ih daju Benjamin D. Paul i George Foster. Obojica su radili kao zdravstveni radnici, ali i profesori na američkim sveučilištima. Oni prvi potiču svoje studente kulturne antropologije da poduzimaju terenska istraživanja koja su medicinsku antropologiju učinila znanstvenom disciplinom.

Druga generacija medicinskih antropologa pokušavala je redefinirati tu čvrsto postavljenu dihotomiju između tradicije i modernosti, naglašavala odlučan odmak od etnocentrizma te se koristila ideologijom liberalizma i, ponekad, marksizma, kako bi

³ Naziv zemlja Trećeg svijeta se danas smatra politički nekorektnim jer je markiran i ukazuje na njihovu inferiornost: broj tri je uvijek dolazio iza broja jedan i dva, ali i dalje ne postoji termin koji bi bio prihvatljiviji i politički korektniji, pa se danas govori o zemljama koje su se nekada nazivale zemljama trećeg svijeta. Ostaje logičan sociolingvistički zaključak da su one i danas zemlje trećeg svijeta, ali ih se tako ne može nazivati zbog političke nekorektnosti.

definirala svoju lijevu orijentiranu poziciju u odnosu na nacionalistički mainstream Velikih (većina medicinskih antropologa još dolazi iz SAD-a, iako je sve više britanskih znanstvenika koji se bave srodnim temama). To je i razdoblje snažne demistifikacije i kritike biomedicine u radovima medicinskih antropologa (Lock i Gordon 1988). No, najvažniji teoretičar “demistificirane” biomedicine je svakako Michel Foucault čije djelo *Rođenje klinike* izlazi 1963. godine na francuskom, a nakon svoga engleskog prijevoda deset godine kasnije, postaje najvažnija analiza biomedicinskoga racionalističkog determinizma i njemu pripadajućega pozitivističkog diskursa. Za njega je karakteristična navodna objektivnost i, stoga, nepogrešivost medicinskog “pogleda” (u engleskom prijevodu *gaze*, dok u francuskom originalu *regard*, koji nosi značenje i odnos prema onome što se gleda). Ta druga generacija medicinskih antropologa se u svojem nastojanju da se odmakne od “konvencionalnog modela medicinskog znanja i praksi koje su njihovi prethodnici posudili od liječnika” (Leslie 2001), priklanja interpretativnoj antropologiji u tradiciji Clifforda Geertza i Victora Turnera, te donekle Edmunda Leacha i dijelom sudjeluje u njezinom formiranju.

Treća generacija medicinskih antropologa, kako ih dijeli Leslie, piše “guste etnografije” (prema uzoru na geertzovski “gusti opis”) i zapaženija djela od početka 1990-ih u kojima se koristi sasvim recentnom metodologijom, ima veliki odmak prema svojoj pozitivističkoj prošlosti, daje značajne doprinose regionalnim i etničkim studijima cijeloga svijeta, čvrsto surađuje sa srodnim disciplinama socijalne medicine, kliničke psihologije te s poviješću i sociologijom znanosti i medicine.

Etnomedicina i medicinska antropologije se danas bave suvremenim etnomedicinskim pitanjima i problemima zdravlja i javnoga zdravstva, zdravstvene prosvjećenosti, tolerantnosti prema drugim medicinskim sustavima i shvaćanjima, a njihova saznanja se smatraju prijeko potrebnima ne samo u istraživanjima kulture, već se nameću i kao rješenja mnogih praktičnih problema vezanih uz zaštitu zdravlja, povećanja kvalitete života ili sprečavanja medicinske diskriminacije. U prilog tome govori i naziv discipline koji predlažu Nancy Scheper-Hughes i Margaret Lock (Scheper-Hughes i Lock 1987), a to je etnomedicinska antropologija, koja već na razini nazivlja ne bi pravila razliku između etnomedicine (istraživanja izvaneuropskih naroda) i medicinske antropologije.

1.2 Medicinski sustavi i Foucaultova teorija biomedicine

Prema vodećim teoretičarima i začetnicima medicinske antropologije (Helman 1984, Kleinman 1980, Leslie 1976), svaka kultura razvija svoj medicinski sustav, dakle vlastite kulturne koncepte zdravlja i bolesti, načine na koji se bolesti liječe i zdravlje unapređuje ili održava, pojedince koji u kulturi imaju zadaću liječenja te vjerovanja, običaje i rituale koji se vežu uz pojmove zdravlja i bolesti. Uz svaki medicinski sustav vezan je i kozmološki sustav objašnjenja i ideja o uzrocima bolesti te općenito razlozima ljudske (ne)sreće.

U zapadnim društvima u razdoblju prosvjetiteljstva biomedicina postaje dominantni medicinski sustav. Prema već spomenutom djelu Michela Foucaulta *Rođenje klinike*, koje je nedvojbeno revolucioniziralo promatranje i analizu zapadnoga medicinskog sustava, “moderna medicina je vezala svoj datum rođenja negdje uz zadnje godine osamnaestoga stoljeća” (Foucault 2003:XII). Radilo se o trenutku u kojem je dotada pomalo nejasan i svakako mnogoznačan jezik medicine postao objektivni, racionalistički i empiricistički diskurs, posljedica prosvjetiteljstva i dominantne ideologije znanstvenoga racionalizma onoga vremena, koji je priznavao samo jedno, jedinstveno i znanstveno utemeljeno objašnjenje, ili još bolje, detektiranje određene bolesti. On je bio posljedica “empirijskoga” pogleda koji je, bez teoretskog, epistemološkog ili kozmološkog posrednika izjednačavao gledanje, odnosno promatranje i znanje – promatrani i promotreni simptomi svrstavani su u čvrstu, “točnu” i jednoznačnu klasifikaciju bolesti. “Poznavanje bolesti bio je liječnikov kompas; uspjeh izlječenja ovisi o točnom poznavanju bolesti; doktorov pogled je primarno usmjeren ne na konkretno tijelo, na tu vidljivu cjelinu (...) – pacijenta – nego na nedosljednosti, razmake, razlike u kojima se, poput negativa, nalaze znakovi koji razlikuju jednu bolest od druge, ispravno od pogrešnog, legitimno od bastardnog, zloćudno od dobroćudnog.” (Foucault 2003:6). U tomu racionalnom prostoru bolesti, nastavlja Foucault, “liječnici i pacijenti nemaju svoje mjesto, oni se toleriraju kao smetnje koje se ne mogu izbjeći” (Foucault 2003:6). Paradoks se sastoji u tome da je moderni zapadni medicinski sustav, koji nam je kao naslijeđe gotovo nepromijenjen ostao do danas, u trenutku svoga nastajanja koncentrirao svoju pažnju na idealnu konfiguraciju bolesti. One su se u svojim strogim i detaljističkim

taksonomijskim podjelama, koje su kretale od točno opisanih simptoma kao bezbroj čvorišta na željezničkom kolodvoru koja završavaju na samo jednoj jedinjoj pruzi, postale čvrste, stalne, determinirane forme totalizirane u nepromjenjivoj sjevremenskoj (ili bezvremenskoj) slici. Ta taksonomijska klasifikatorna misao smješta naš medicinski sustav, epistemološki, fizički i arhitektonski, u prostor klinike, prostor koji do krajnosti svjedoči artificijelnu podjelu ljudskog tijela na pojedine organe ili organske sustave, krajnjeg rezultata “pozitivne akumulacije” (Foucault 2003:65) medicinskog znanja. “U nevarijabilnosti klinike medicina ujedinjuje istinu i vrijeme” i tu Foucault nalazi prostor za usporedbu našega medicinskog sustava i političke ideologije, odnosno prostora za objašnjenje zašto i na koji način jedna promjena diskursa, dakle sintaktička i semantička, ili kako je Foucault naziva lingvistička promjena u našem zapadnom načinu promatranja zdravlja i bolesti, dovodi do kreiranja moćnoga ideološkog sustava. “Poput političara i državnih dužnosnika, i liječnici zahtijevaju, drugim rječnikom, ali u istu svrhu, brisanje svih prepreka za stvaranje novog sustava, novog prostora (klinike u slučaju medicinskog sustava); društveno privilegirane grupe (liječnika) sprečavaju razvoj opće (medicinske) svijesti (...) i pretvaraju znanje u društvenu privilegiju, koja vidi istinu samo u već određenim (taksonomijskim) postavkama i dozvoljavaju da se dolazi do univerzalnih zaključaka bez osvrtnja na stvarna ograničenja”. (Foucault 2003:45). Medicinski pogled, slobodan od svih prepreka, nije više podređen istini ili potrazi za istinom; u maniri političkih ideologija, on je stvara i time pokazuje svoju premoć: “pogled koji gleda, je pogled koji dominira” (Foucault 2003:45).

Proklamirana veza naše moderne, zapadne medicine s neupitnim vrijednostima znanstvenoga racionalizma je od trenutka njezinoga rođenja od prije otprilike 200 godina bila strategija za održavanje autonomije i dominacije, kako unutar vlastitoga društva (liječnika nad pacijentima, onih koji posjeduju znanje, tj. moć, i oni koji ga nemaju), tako i nad ostalim društvima i kulturama, dana kroz pozitivistički diskurs koji je vanjske manifestacije bolesti (simptome) jednosmjerno i jednoznačno vezao uz određenu taksonomski klasificiranu bolest. U tom procesu, pacijent je postao epistemološki “drugi”, bez prava glasa i pozicije u procesu izlječenja.

U uvodu je bilo potrebno šire objasniti Foucaultovu teoriju nastanka i razvoja moderne zapadne medicine, iako će o Foucaultu biti govora i poslije, jer njegova teorija objašnjava upravo lakune, prostore nedosljednosti i nelogičnosti te epistemološke pukotine našega medicinskog sustava u koje se uklinjuju drugi sustavi.

2. TEORIJE MEDICINSKE ANTROPOLOGIJE

2.1 Osnovna teoretska polazišta – W. H. Rivers, M. Douglas i Lévi-Strauss

Teorijska rasprava o medicini kao posebnom kulturnom sustavu *Drugih* u tradiciji sociokulturne antropologije započinje u predavanjima, raspravama i pisanjima **William Halse R. Riversa** (1864. – 1922.), liječnika koji je medicinsko iskustvo i ugled stekao u Prvom svjetskom ratu liječeći oboljele od psiholoških posljedica rata koje danas poznajemo kao posttraumatski stresni sindrom (PTSS), a svoju antropološku slavu svojim putovanjima po Melaneziji⁴. I danas (Lock 2001) se Rivers smatra osnivačem medicinske antropologije, iako on sam ne koristi termin medicinska antropologija, ali je smatrao da su etnografije bolesti i nedaća pogodan materijal za napredak teoretske antropološke misli općenito. Rivers je, između ostalih, liječio i poznatoga britanskog pjesnika Siegfrieda Sasoon (Hemmings 2005) koji te terapijske susrete održavane u Vojnoj bolnici u blizini Edinburga neposredno nakon Prvog svjetskog rata poslije fikcionalizira (termin *sumaracija*) u svojim književnim djelima, a iz kojih saznajemo Riversovu ideju ljudskog postojanja, njegov stav prema (mentalnim) bolestima i načinima na koji se od njih može “pobjeći”, ali i razloga ljudskih “bjegova u bolest”, koji je uvelike utjecao na poznatu Riversovu raspravu o vezi/razlici između medicine, magije i religije (Rivers 1924). U predgovoru najpoznatije Riversove knjige znakovitog naslova *Medicina, magija*

⁴ I južnom Pacifiku, od kojih je prva poznata ekspedicija bila ona Sveučilišta u Cambridgeu koju je vodio Alfred C. Haddon 1898. godine.

i religija Grafton Elliot Smith (1871. – 1937.), jedan od najutjecajnijih društvenih znanstvenika svoga doba, Riversa naziva vrsnim i priznatim etnografom, etnologom, izvrsnim psihologom i liječnikom. Sklon Freudovim idejama, nakon što započinje svoje medicinsko obrazovanje u Njemačkoj 1890-ih godina, Rivers zagovara *prirodnost* nesvjesnoga te se posebice koncentrira na Freudovu ideju o aktivnoj prirodi zaboravljanja, naročito negativnih iskustava, te njihovog zatomljenja u podsvijesti (Hemmings 2005). No, za razliku od Freuda koji tragove bolesti svojih pacijenata pronalazi u dječjim traumama spolnog sazrijevanja, Rivers se fokusira na neposrednije i nedavnije emocionalne konflikte koji uzrokuju “bijeg u bolest”⁵. Ta Riversova preokupacija podsvjesnim te znanstveno uvjerenje, koje je tada bilo znanstveno sasvim legitimno, u mogućnost da se komparacijom ljudskih zajednica na različitim dijelovima svijeta mogu komparirati različite društvene institucije te se tako može shvatiti i objasniti njihovu forma, oblik i sadržaj, ali i odrediti zajedničko podrijetlo pojedinih kultura koje se na osnovi sličnosti u pojedinim društvenim organizacijama mogu smatrati srodnima (Drugim riječima: Rivers je želio dokazati obrasce naseljavanja naroda u Melaneziji i Novoj Gvineji i dokazati njihovo zajedničko i/ili različito podrijetlo), Riversa je usmjerilo na ideju da freudovsko seksualno nesvjesno zamijeni kozmološkim nesvjesnim, odnosno da tvrdi da za svaku društvenu instituciju, uključujući i medicinu, postoji *nesvjesna* kozmološka baza vjerovanja, ideja, prošlih kulturnih iskustava koja je oblikuje. Čini se da se taj prvi, u antropološkoj znanosti zabilježeni, dodir između dvije medicine zbio u osobi etnografa, liječnika, psihijatra i vatrenoga pacifiste koji je sam bio pobornik drugačijeg shvaćanja biomedicine, nego što je to bilo uobičajeno u doba u kojem je radio (Freud je bio izuzetno kritiziran u svoje doba), a koje je karakterizirala redukcionistička biomedicinska paradigma i foucaultovski *sveznajući* pogled. Baš zbog toga što se nakon Riversovog pisanja medicina kao sustav u socijalnoj i kulturnoj antropologiji ipak *izgubila* u magiji i religiji (gotovo jedina iznimka bilo je djelo E. E. Evansa-Pritcharda o magiji kod Azanda) sve do relativno nedavne pojave medicinske antropologije i etnomedicine, važno je pogledati zašto ta knjiga predstavlja „*perhaps the first attempt to interperit with real knowledge and symphatetic insight the thoughts and ideas that find*

⁵ Ovu tvrdnju o Riversovoj teoriji bolesti iznio je Martin Stone u svojem članku “Shellshock and the Psychologists” – vidjeti bibliografiju pod: Stone, Martin.

expression in Primitive medicine“⁶ (G. E. Smith u predgovoru knjizi *Medicine, Magic and Religion* Rivers 1924:v).

Riversovo najvažnije djelo prvenstveno je zanimljivo stoga što u njemu Rivers ne kreće od točno određenoga teoretskog stanovišta. Iako se često poziva na zapadnu kulturu kao onu koja počiva na empirijskoj znanosti, što je sasvim logično s obzirom na vrijeme u kojem piše, a *ostali narodi ništa ne znaju o prirodnim zakonitostima koje mi poznajemo* (Rivers 1924: 87) te, iako često govori o difuziji i transmisiji kulturnih elemenata, on ih jednako često i dovodi u pitanje kao jedine moguće načine širenja kultura. Također je izuzetno zanimljivo što povremeno preispituje i zapadnu biomedicinu, dakle onu s početka 20. stoljeća, i neke njezine prakse, primjerice uzimanja lijekova čija uspješnost, kako on tvrdi, često ovisi upravo o povjerenju koje mi poklanjamo osobi koja nas liječi. Upravo to pitanje važnosti vjerovanja nekom kulturnom sustavu, povjerenja koje nam omogućava da u njemu opstanemo i po njemu se ponašamo, kasnije razrađuje Mary Douglas (Douglas:2001). Ona to objašnjava sustavima simbola, koji su u zapadnom društvu razjedinjeni pa smo mi skloni polarizirati i strogo odvajati jedan dio našega kulturnog postojanja od drugog, primjerice religiju od znanosti, dok su u izvanoeuropskim društvima sustavi simbola jedinstveni pa takve polarizacije sustava nema, no u konačnici je princip egzistiranja unutar toga neizbježnog sustava simbola isti. To simplificiranje ljudskog iskustva i traženje univerzalnosti putem sustava simbola, osnovna je kritika škole simboličke antropologije koju je predvodila Mary Douglas, ali ovom usporedbom želim samo naglasiti važnost Riversovog djela koji to isto pitanje postavlja pedesetak godina ranije od Mary Douglas i to bez tako ambicioznog zaključka.

U raspravi razlika između religije i magije s jedne i medicine s druge strane, Rivers polazi od pretpostavke da se magija i religija (za koje sam kaže da ih je teško razdijeliti posebno na primjeru tradicijskih kultura naroda Polinezije i Melanezije), odnose na one društvene procese koji se sagledavaju u sferi natprirodnoga, a da se medicina odnosi na one društvene procese koji se rješavaju u sferi prirodnih zakona. Tu se Rivers odmah ograđuje i dodaje da je takvo objašnjenje posljedica našeg pogleda na svijet: *„regarded from our point of view the use of the word supernatural implies the existance of the*

⁶ “... prvi pokušaj da se ideje i koncepti koji pronalaze izričaj u Primitivnoj medicini protumače uz pomoć stvarnog znanja i nadahnutog uvida“ (prijevod autorice)

*concept of the natural*⁷“ (Rivers 1924:3). Upravo u daljnjoj razradi te tvrdnje leži Riversova *novina* u odnosu na vrijeme u kojem piše jer je ustvrdio da su sve prakse *primitivnih* naroda uistinu racionalne, ako ih promatramo sa stajališta religijskih vjerovanja. Crve i zmijske *divlje medicine* zamjenjuju mikroskopski vidljivi patogeni organizmi, a teorije o četiri tjelesne tekućine zamjenjuju teorije krvnih i limfnih sustava. (Tu se opet može vidjeti poveznica s kasnijim razmišljanjima Douglasove koja pomalo romantičarski naglašava da se, ako kulturni sustav promotrimo u cijelosti, iracionalni čarobnjak vrlo brzo pretvori u ingenioznog Freuda (Douglas 2004).) Stoga on i zaključuje:

*the social life of man is so complex, the various elements of which it is built up from so closely interwoven a structure, especially in the lowly examples of culture with which we are now dealing, that we cannot expect to understand a part except in its relation to the whole*⁸
(Rivers 1924:81).

Danas bismo svakako kritizirali Riversov izraz *niže kulture*, ali, kao što je već navedeno, Rivers se odmiče od evolucionizma kao sveaktualne teorije o razvoju kulturne povijesti, a ovaj termin zapravo koristi samo u nedostatku boljeg.

Rivers u teorijskom smislu ostaje oprezan i prema difuzionizmu. Naime, kao razloge zbog kojih se neki kulturni element nalazi ili ne nalazi na određenom prostoru, Rivers navodi i fizičku okolinu te, kako on to jednostavno naziva, ljudski faktor. Prema njemu, jedan oblik liječenja može biti češći u Melaneziji u odnosu na Polineziju, samo zato što se tamo našao iscjelitelj koji je tu tehniku usvojio i nastavio koristiti, da nije bilo njega ta tehnika bi *preskočila* krug širenja jedne pojave. Kao drugi razlog navodi i religijske sustave određenih naroda. On naime tvrdi da se određena tehnika liječenja neće primjenjivati u određenom području, ako taj određeni religijski sustav ne pronađe objašnjenje za nju, odnosno ako se ona kosi s nekim općenitim kozmološkim postavkama i religijskim vjerovanjima.

⁷ “...s naše točke gledišta, korištenje riječi 'natprirodno' podrazumijeva postojenje koncepta 'prirodnog'“ (prijevod autorice).

⁸ “...društveni život čovjeka je tako zamršen, elementi od kojih je sastavljen čine tako čvrsto povezanu strukturu, posebice u nižim oblicima kulture o kojima je ovdje riječ, da ne možemo uopće očekivati da razumijemo pojedine elemente kulture osim kao dio jedinstvene cjeline“ (prijevod autorice).

*Those who have recorded the absence or rarity of blood letting in China note that it is due to the dislike of the spilling of blood which is characteristic of its people(...) blood letting was in conflict with the beliefs and sentiments of the Chinese in connexion with blood*⁹ (Rivers 1924:88).

Tu Rivers nalazi još jedan dokaz uske povezanosti medicine i religije.

Rivers također govori o miješanju kultura kao osnovi napretka ljudskog društva i donosi neke zaključke i o zapadnom društvu. Tvrdi da je miješanje kultura doseglo najviši stupanj, odnosno da je utjecaj miješanja kultura na napredak čovječanstva dosegao stadij u kojemu kretanja i migracije ljudi nisu više potrebne. *Univerzalna raširenost*, kako on to naziva, umjetnosti tiska, je svijet učinila jednim i *an advance in medicine rising in any part of the earth rapidly becomes the property of the whole*¹⁰ (Rivers 1924:103).

Iako ni u jednom trenutku Rivers u samoj knjizi ne progovara kao liječnik zapadne medicine, jer je vodeća ideja britanske znanosti o kulturi njegovoga doba da je jedna kultura nevinna od druge te da zapravo moramo otkriti pozadinu kulturne stvarnosti, kao što je on kasnije otkrivao i pozadinu mentalnih oboljenja u vlastitoj kulturi, a naše kulturno znanje bi nam samo *kontaminiralo* pristup toj nevinosti, on naslućuje moguća preklapanja i utjecaje jednoga dijela svijeta na drugi. To je posebno vidljivo u njegovoj tvrdnji da mu je metodološki bilo isto razgovarati s Melanežanima o njihovim duhovima i zlom oku, kao i mentalno oboljelim vojnicima nakon Prvoga svjetskog rata koji su kazivali svoje traume i definirali vlastite *demone*. Upravo je ta Riversova ideja o liječenju mentalnih stanja *modernog* čovjeka na osnovi iskustva koja je stekao istražujući narode Melanezije i Polinezije vrlo zanimljiva. *Only those who believe firmly that every mental symptom has its mental antecedent will have the patience and courage to probe deeply enough into the history of a patient. They will not rest content until they have discovered*

⁹ „Oni koji su dokumentirali nepostojanje ili rijetku pojavnost puštanja krvi u Kini primijećuju da je to posljedica otpora prema puštanju krvi koji je karakterističan za Kineze (...) puštanje krvi je u sukobu sa vjerovanjima i osjećajima Kineza u vezi sa krvlju“. (prijevod autorice)

¹⁰ „...napredak u medicini u jednom dijelu svijeta vrlo brzo postaje vlasništvo svih“. (prijevod autorice)

(...) *those factors providing special qualities of the patient's mental constitution*¹¹ (Rivers 1924:118). Ne samo što na taj način Rivers objašnjava *divlje* medicinske sustave – svaki od njih ima svoju mentalnu religijsku (magijsku) sliku koja mu prethodi i samo putem te kozmološke pozadine, svojevrsnoga kulturnog determinizma, mi uopće možemo govoriti o medicini i praksi liječenja nezapadnih društava – nego je i njegova revolucionarnost u tome što upravo taj zaključak primjenjuje i na društvo svojega doba:

*moreover, no treatment of the subject of mind and medicine would be complete which ignores religion. One of the most striking results of modern developments of our knowledge (...) is that they are bringing back medicine in some measure to that co-operation with religion which existed in the early stages of human progress*¹² (Rivers 1924:132).

Postmodernističko iščitavanje djela i tvrdnji Williama H. Riversa ovdje služi da bi se pokazalo kako je dodir dvaju sustava medicine u toj prvoj raspravi o njima u antropološkoj literaturi, zapravo bio mnogo očitiji nego što je to Rivers dozvolio upisati u stranice svoje knjige. Kao mladi znanstvenik, idealist i liječnik psihijatar po struci, Rivers 1898. godine odlazi na prvu poznatu kembričku ekspediciju u Torres Straits zajedno s Alfredom C. Haddonom u potrazi za avanturom, ali i ponekim odgovorima. Prema svojim biografima, pripadnik spolnih manjima, što nije bilo lako biti u viktorijanskoj Engleskoj, te vatreni i gorljivi pacifist, knjiški moljac i pomalo čudak bez ikakvoga društvenog života, Rivers s upornošću i preciznošću prirodnog znanstvenika bilježi egzotične prakse liječenja koje su ga zanimale. No, do njihovoga punog značenja i relevantnosti za raspravu o neprimitivnosti primitivne medicine, Rivers dolazi tek po povratku u Škotsku. Suočen svakim danom s traumama vojnika koji su iz rata dovođeni u mentalnu bolnicu Craiglockhart s dijagnozom *shell-shock sindroma*, onoga što danas nazivamo posttraumatskim stresnim poremećajem, Rivers zaključuje:

¹¹ „Samo oni koji čvrsto vjeruju da svaki mentalni simptom ima mentalni uzrok, imat će strpljenja i hrabrosti posegnuti duboko u pacijentovu povijest. Neće biti zadovoljni dok ne otkriju (...) faktore koji oblikuju posebne karakteristike pacijentovog mentalnog stanja“. (prijevod autorice)

¹² „Štoviše, niti jedno propitivanje tema svjesnosti i medicine ne može biti potpuno bez uključivanja religije. Jedno od najznačajnijih postignuća modernog razvoja naših znanja jest da se medicina, u određenoj mjeri, ponovo dovodi u vezu sa religijom koja je postojala u ranijim stadijima ljudskog postojanja“. (prijevod autorice)

*Perhaps the most striking feature of the war from the medical point of view has been the enormous scale upon which its conditions have produced functional nervous disorders, a scale far surpassing any previous war*¹³ (Rivers 1924:117).

Rivers dakle prilično revolucionarno definira rat kao uzrok bolesti, bolesti koja ne postoji tamo gdje rata nema (Melanezija, Polinezija) i tako jednostavno dolazi do zaključka o kulturi kao jednom od važnih kreatora bolesti i oboljenja, što će danas biti jedan od najvažnijih pojmova u medicinskoj antropologiji, a to su **kulturno uvjetovani sindromi** (*culture-bound syndromes – CBS*). Termin je u medicinskoj antropologiji postojao od njezinih začetaka (Foster i Anderson 1978, Carr 1978, Neutra et al. 1977) da bi označio bolesti koje su postojale samo u određenim kulturama, primjerice *amok* ili *koro*, a Kleinman (Kleinman 1980) ih je značajno proširio i definirao kao simptome koji su direktan produkt određenoga načina kulturnog postojanja, odnosno u tu kategoriju uključuje sve kulturne načine postupanja s određenom bolesti. Dakle, ne radi se samo o tome da pojedine bolesti postoje samo u određenim kulturama, već da različite kulture različite simptome definiraju kao bolest, manje ili više opasnu, manje ili više ozbiljnu, dok neke druge kulture te simptome uopće neće prepoznati. To stvaranje kulturnih obrazaca postupanja s određenom bolesti (definiranje uzroka, liječenje, objašnjenje) događa se putem utjecaja koji vjerovanja, uvjerenja i vrijednosni sudovi imaju na kognitivne mehanizme razumijevanja uzroka bolesti i nedaća (Kleinman 1980:165).

Tako je Riversu nezapamćeni i opći užas Prvoga svjetskog rata bio direktan uzrok *shell-shocka*, bolesti koja je do tada bila nezabilježena u medicinskim dokumentacijama, a u današnjem zapadnom društvu i svim onim društvima koja su zahvaćena globalizacijskom kulturom, u kulturno uvjetovana oboljenja možemo ubrojiti: stres, predmenstrualni sindrom, poremećaje prehrane, bolesti srca i krvožilnog sustava, sindrom kroničnog umora (CFS), pretilost, hipertenzija, dok Helman (Helman 1984:59) još navodi i apendicitis, zloćudne tumore debelog crijeva, ulcerozni kolitis, varikozne vene, plućnu emboliju, venske tromboze, hemeroide, žučne kamence, hiatus herniae, itd. Iako se CBS

¹³ „Možda je, sa medicinskog stanovišta, zaprepašćujuća značajka rata ogroman razmjer u kojem su ratni uvjeti uzrokovali funkcionalne neuroze, u obimu koji je daleko nadmašio bilo koji prošli rat“. (prijevod autorice).

odnosi i na drugačije načine na koje pojedine kulture prihvaćaju i tumače određene simptome, Riversovo viđenje rata kao uzroka bolesti bilo je svakako napredno.

Druga velika stvar po kojoj je važno pamtiti Riversa kao začetnika istraživanja medicine u sociokulturnoj antropologiji je ideja naracije kao načina dobivanja podataka, načina *pričanja kulture*, ali i načina *pričanja* traume i njegovog inzistiranja na terapiji utemeljenoj na naraciji. Upravo iskustvo kulture *Drugih* i iskustvo slušanja njihovih kulturnomedicinskih priča, učinilo ga je, kako Rivers sam kaže “strpljivim” i dobrim slušačem, koji naraciju o traumi vidi kao oblik liječenja. U svojoj praksi s vojnicima, koja je za njega bila gotovo malinowskijanski bolna i razarajuća, ne odstupa od ideje da pričanje o boli može liječiti, te zauvijek ostaje upisan u Sassoonove retke kao iscjelitelj, gotovo spasitelj, kao onaj koji ga i nakon smrti potiče da u svojim poemama i dalje odlučuje “*I will not go mad*” (Hemmings 2005).

Dakle, iako relativno rano u povijesti etnološkog promišljanja zahvaljujući Riversu nestaje etiketa medicine izvaneuropskih naroda kao oblika magije i magije kao primitivnog oblika religije, u sljedećem razdoblju razvoja etnološke i antropološke misli, medicina se istražuje prvenstveno samo kao dio tih velikih sustava vjerovanja.

Mary Douglas, po mnogima najvažnija predstavica simboličke antropologije s kraja 1960-ih i početka 1970-ih godina, pronalazi objašnjenje religijskih i magijskih vjerovanja u ritualima čistog i nečistog. Prema Mary Douglas (Douglas 2001), koja pokušava istražiti simbolične radnje koje osiguravaju opstojnost društva, svako društvo počiva na načelu reda i uređenog sustava. Magijske radnje i religijski sustavi su oni koji propisuju i održavaju pravila toga reda; odmak od religijskog sustava ili netočna/krivo izvedena magijska radnja označava nered, zbrku, nejasnoću, nečistoću, sve ono što bi moglo ugroziti opstojnost uređenoga sustava i toga društva kao cjeline. Budući da je prema Mary Douglas naše društvo na svojem putu prema civilizaciji zapadnoga tipa, (naravno ne evoluciji, već kretanju prema tehnologijom olakšanom kulturnom postojanju) potisnulo osnovne simboličke radnje koje su održavale naš red, mi pronalazimo nove sfere postojanja kojima pripisujemo karakter neuređenog i nečistog. Naše simboličke akcije *skrivamo* u različitim oblicima djelatnosti u kojima, nesvjesni simboličkoga značenja vlastitih postupaka, napadamo ono što je očigledno nečisto: fizičku prljavštinu.

Mary Douglas pokušava u svojem poznatom radu *Purity and Danger*, prvi put tiskanom 1966. godine, pokazati kako je otkriće patoloških organizama bilo revolucionarno ne samo za biomedicinske znanosti i epidemiologiju (za koju smatram da se nalazi na razmeđu između prirodnih i društvenih znanosti), već i za samo naše poimanje vlastitih kulturnih postupaka: u patogenim organizmima pronašli smo neprijatelje simboličkom redu koje smo u desimbolizaciji naše kulture usput izgubili. Stavljanjem prljavih ruku pod mlaz vode, kaže Mary Douglas, zasigurno se ne mogu oprati svi oni mikroorganizmi kojima nas liječnici danomice plaše, ali nam to pranje svakako predstavlja simboličku radnju kojom osiguravamo *izbacivanje prljavštine* iz našeg sustava. Mnogo epidemiologa se ipak ne bi složilo s tom tvrdnjom. Autorica, međutim postavlja i dva interesantnija problema koja jasnije ocrtavaju njezinu ideju: zašto nam se čini nezamislivim, gotovo do gađenja, prati povrće ili sirovo meso u kupaonici, ili prljavo donje rublje u kuhinjskom sudoperu? Naime, ako i kuhinju i kupaonicu nakon toga dobro operemo, epidemiolozi bi trebali biti sasvim zadovoljni. Odgovor na to pitanje Mary Douglas pronalazi u simboličkim ritualima čistoće i nečistoće.

Mi, moderni ljudi, djelujemo na mnogo razina simboličkog djelovanja. Za (...) pripadnike primitivnih naroda postoji samo jedna simbolička razina. (...) I mi i Bušmani pravdamo naša pravila o izbjegavanju prljavštine strahom od moguće opasnosti. Oni vjeruju da će muževnost muškarca koji sjedne u ženski dio kuće biti ugrožena. Mi se bojimo patogenosti koju šire razni mikroorganizmi. Često je naše opravdanje pravila o izbjegavanju koja poštujemo uz pomoć higijene, čista izmišljotina. (...) Naši rituali stvaraju mnogo malih podsvjetova, koji nisu međusobno povezani. Njihovi rituali stvaraju jedan jedini, simbolično ujedinjeni svijet (Douglas 2004:101).

Dakle, za Douglasovu je medicina samo dio simboličkih (pod)svjetova, a u slijedu njoj suvremenih etnoloških teorija o vezi između medicine, religije i magije, vrlo su rijetki autori posebno naglašavali ili izdvajali medicinu kao zasebni sustav. To nije čudno ako znamo da su mnogi šamani bili i iscjelitelji, da je mnogo ritualnih radnji bilo vezano uz liječenje te da su mnogi oblici liječenja često počivali na vjerovanju.

Koliko se jasno radilo o preklapanjima tih sustava možemo vidjeti i u primjeru koji Victor Turner donosi u svojem poznatom članku o Ndembu šamanu i terapiji lupanja srca i sveopće slabosti tehnikom puštanja krvi i vađenja zuba koje izvodi. Turner zaključuje:

ako s nje skinemo ovaj natprirodni pokrov, Ndebu terapija može poslužiti kao dobra lekcija i za zapadnu kliničku praksu. Jer mnogi pacijenti koji boluju od psihičkih bolesti mogu osjetiti olakšanje ako se svi koji su uključeni u njihovu društvenu mrežu sretnu i javno priznaju sve negativne osjećaje koje prema pacijentu gaje, i zauzvrat, izdrže pacijentovu tužaljku o svemu onome što on njima zamjera. Ali vjerojatno ništa osim ritualnih sankcija za takvo ponašanje i vjera u doktorove mistične moći, ne može izazvati takvu poniznost i natjerati ljude da budu tako milosrdni prema susjedu koji pati (Turner 1967).¹⁴

Slično i **Lévi-Strauss** u svojem teoretski možda najvažnijem djelu, *Strukturalna antropologija* (prvo izdanje 1958. godine) piše o neposrednoj moći kojom simboli djeluju na samoga bolesnika. Analizirajući pjesmu koju šaman iz naroda Kuna pjeva kako bi olakšao težak porod, on zaključuje:

liječenje bi se onda sastojalo u mogućnosti pacijentice da zamisli emocionalnu situaciju i u mogućnosti da razum prihvati bol koju tijelo odbija prihvatiti. Nema nikakve važnosti to što mitologija šamana ne odgovara objektivnoj stvarnosti: pacijent u nju vjeruje. Snage koje štite i one koje žele nanijeti zlo, natprirodna čudovišta i magijske životinje, sve tvore dio jedinstvenog sustava koji predstavlja okosnicu domorodačkih predodžbi o svijetu oko njih. Pacijentica ih prihvaća, ili, točnije, nije u njih nikada ni sumnjala. Ono što ona ne prihvaća je ova nedosljedna i nasumična bol, koja zapravo predstavlja element koji ne pripada sustavu. Svojim obraćanjem mitološkom, šaman

¹⁴ Zanimljivo je ovo pozivanje nezapadnih medicinskih praksi u pomoć kada se radi o liječenju mentalnih bolesnika u zapadnom društvu, praksi koja je nakon Drugoga svjetskog rata opet bila vrlo potrebna u Europi, a još uvijek se radilo o bolestima s kojima zapadna medicina nije znala što započeti (razdoblje uporabe elektrošokova).

smješta njenu bol u jedinstveni sustav u kojem sve ima svoje mjesto. I pacijentica, shvativši to, se ne predaje: već ozdravi (Lévi-Strauss 1989).

Medicina se dakle u sociokulturnoj antropologiji promatra kao dio magijskog i religijskog sustava, odnosno kao dio kozmološkog promišljanja svijeta nezapadnih naroda kojima se često pripisivalo simbolično jedinstvo iskustava na kojem inzistiraju i Douglasova i Lévi-Strauss.

Drugi teoretičar rane sociokulturne antropologije koji je imao velikog utjecaja na razvoj i pisanje medicinskih antropologa je **E. E. Evans-Pritchard** sa svojom teorijom uzroka i kauzalnosti bolesti. O njemu će biti govora u poglavlju o faktorima koji utječu na formiranje medicinskih odluka i izbora.

Ovo je bio kratak pregled kroz najznačajnije autore i njihove publikacije u medicinskoj antropologiji jer ako se pokušaju detektirati značajni predmoderni antropolozi koje medicinski antropolozi danas najčešće citiraju, to su svakako W. H. R. Rivers, C. Lévi-Strauss, E. E. Evans-Pritchard, Victor Turner¹⁵ i Mary Douglas. Njihov način (ne)pisanja o medicini uvelike je utjecao i na činjenicu da se kao direktnim uzorom i modelom kako raditi istraživanja drugih medicinskih sustava, medicinski antropolozi vrlo često služe sociološkim istraživanjima i nerijetko koriste njihove metode stvaranja uzorka, kombinirajući ih uvijek s kvalitativnim istraživanjima.

2.2 Tri sektora medicinskih sustava i objasnidbeni modeli (Kleinman)

I dok je Lévi-Strauss svojom teorijom o strukturama društva, čijom analizom saznajemo razlog zbog kojeg društva ostaju koherentna i cjelovita, još *vladao* disciplinom, a strukturalizam bio vodeća nit u promišljanju društva i kultura, potaknuti pragmatičnim razlozima o kojima je bilo govora u uvodnom poglavlju, medicinski

¹⁵ Zanimljivo je napomenuti da je Victor Turner bio profesor Byronu Goodu čija se knjiga *Medicine, Rationality and Experience* koristi kao jedan od udžbenika iz medicinske antropologije na sveučilištima diljem svijeta.

antropolozi pišu svoje prve *manifeste* discipline. Prvi takav bio je priručnik *Medical Anthropology* (Foster i Anderson 1978) iz 1978. godine, a ubrzo nakon njega, 1980. godine, slijedi Kleinmanov (Kleinman 1980) *Patients and Healers in the Context of Culture*. Sam autor, danas jedan od najcjenjenijih medicinskih antropologa i profesor medicinske antropologije na Sveučilištu u Berkeleyu i Harvardu, SAD, u predgovoru knjige navodi da se radi samo o njegovom iznošenju vlastitih nedoumica (teoretskih i empirijskih) vezanih uz razne zakutke nove teme kao što je medicinska etnografija (Kleinman 1980:xi). Na samom početku teoretskog promišljanja teme Kleinman u svojoj knjizi donosi dvije teoretske postavke koje se još i danas smatraju temeljnima i na kojima se baziraju istraživanja u medicinskoj antropologiji u ovom radu, a to su ideja o tri sektora svakog medicinskog sustava (ili zdravstvenog sustava kako ga Kleinman češće zove) i ideja ***objasnidbenih modela*** (*explanatory models - EMs*).

Prema Kleinmanu, najvažniji koncept za kroskulturalna istraživanja medicine jest spoznaja da je medicina kulturni sustav, *sustav simboličkih značenja koja se baziraju na specifičnom uređenju društvenih institucija i obrascima međuljudskih interakcija* (Kleinman 1980:24). Sastavni dijelovi toga sustava prema Kleinmanu su vjerovanja o uzrocima bolesti, norme i faktori koji utječu na izbor i vrednovanje pojedinih vrsta terapija, društveno legitimni statusi, uloge (uloga pacijenta, uloga liječnika) i odnosi moći vezani uz procese liječenja, relacijski odnosi (liječnik-pacijent, pacijent-obitelj, mreža društvenih odnosa) interakcijske situacije (dom, liječnikov ured) te društvene institucije (klinike, bolnice, profesionalne udruge, zdravstvena birokracija). Osnovni sudionici tog sustava su svakako pacijenti i liječnici (iscjelitelji), dakle upravo oni za koje Foucault (Foucault 1973, 2003) argumentirano tvrdi da su u biomedicini postali suvišni elementi, nusprodukti procesa empiričkog, redukcionističkog promatranja – Kleinman ga naziva i etnocentričnim promatranjem – simptoma i mehaničkog prevođenja tih simptoma u jedinstvenu i jednoznačnu dijagnozu bolesti. Za razliku od takvog pristupa, u procesu stvaranja medicinske etnografije istraživač pokušava razumjeti kako ti sudionici razmišljaju o vlastitom zdravlju, razumjeti njihova vjerovanja i stavove koje imaju o određenoj bolesti, njihova očekivanja, te uvidjeti kako se ljudi ponašaju unutar određenoga zdravstvenog sustava i kako ga koriste – promatramo dakle vjerovanja i stavove s jedne strane i obrasce ponašanja s druge strane, odnosno geertzovskim jezikom

(Geertz 1973) rečeno, istovremeno tražimo nacrt “za” i nacrt “o” određenim kulturnim pojavama, tj. instrumentalne i simboličke aspekte kulturnog sustava.

Prema Kleinmanu (1980), zdravstveni sustavi (*health care systems* u originalu, što ih prikladno distancira od pojma medicina), se sastoje od generičkih kao i specifičnih, kulturom prožetih komponenti. Interne strukture su prema Kleinmanu iste međukulturalno, dok se sadržaj mijenja ovisno o društvenim, kulturnim i ekološkim uvjetima pojedinih sustava. Svaki zdravstveni sustav je, stoga, lokalni kulturni sustav koji se sastoji od tri sektora koja se međusobno preklapaju: popularnog, profesionalnog i tradicijskog.

Popularni sektor sačinjava najveći dio svakoga sustava, to je laički, neprofesionalni i nespecijalizirani sektor, odnosno to je široka arena popularne, svakodnevne kulture u kojoj se bolest prvo prepoznaje, definira i u kojoj se započinje s aktivnostima zdravstvene zaštite. Popularni sektor možemo zamisliti kao matricu koja sadrži nekoliko razina (Kleinman 1980): individualnu, obiteljsku, razinu primarne socijalne mreže te vjerovanja i prakse zajednice. Kada se pojedinci i odlučuju za neki od druga dva sektora, profesionalni ili tradicijski, njihov izbor je ukorijenjen u kognitivnim i vrijednosnim sudovima vlastite svakodnevne kulture.

Profesionalni sektor obuhvaća organizirane medicinske profesije u određenoj kulturi. U većini zapadnih društava profesionalni sektor je danas moderna znanstvena medicina. No, u pojedinim nezapadnim društvima, primjerice Kini ili Indiji, primarni profesionalni sektori su tradicijska kineska medicina, odnosno, ayurveda, a u nekim muslimanskim zemljama galenska-arapska medicina (Kleinman 1980). Friedman (1970) u svojem istraživanju profesionalnoga zdravstvenog sustava u SAD-u ukazuje na činjenicu da je biomedicina, koristeći legislativu i politiku, zauzela dominantna položaj u profesionalnom sektoru, tjerajući sve ostale oblike liječenja da se povuku i prepuste joj kontrolu profesionalnog sektora ili zauzmu marginalne pozicije kvazilegalnih, nikada sasvim profesionalno priznatih sustava. Profesionalna organiziranost biomedicine tako postaje izvor društvene moći. To se odnosi na sve vrste alternativnih i komplementarnih oblika liječenja, koji svojom teorijom, tradicijom te sustavom obrazovanja u visoko specijalizirano znanje, imaju potpuno pravo biti dio profesionalnog sustava, primjerice kiropraktika, osteopatija ili naturopatija.

Tradicijski sektor je neprofesionalan, nebirokratski i specijalistički te je svojevrsna kombinacija različitih komponenti, neke su vezane uz profesionalni sektor, ali većina njih uz popularni (Kleinman 1980). U društvima u kojima ne postoji profesionalni sektor, tradicijski i popularni sektor sačinjavaju cijeli zdravstveni sustav. Tradicijska medicina se često dijeli na religijski i sekularni dio, ali u praksi je tu podjelu često teško uočiti jer se dva dijela preklapaju. Antropolozi su, kao dijelovima tradicijskih medicinskih sustava, najveću pažnju posvećivali šamanizmu, ostalim oblicima ritualnih praksi iscjeljivanja, duhovnom iscjeljivanju, herbalizmu, tradicijskoj kirurgiji te tradicijskim iscjeliteljima kao nosiocima tradicijskoga medicinskog znanja.

Opisana Kleinmanova podjela na tri sektora svakog medicinskog sustava uvelike je utjecala na medicinske antropologe novije generacije, a u ovom radu će poslužiti za analizu i svojevrsnu klasifikaciju sustava liječenja koji su bili predmetom mog istraživanja medicinskog pluralizma.

Druga velika teorija kojom je Kleinman obilježio razvoj medicinske antropologije su **objasnidbeni modeli** (*explanatory models – EMs*). Prema Kleinmanu, što je dijelom naslijedio kao ideju preuzetu od Foucaulta (1973), bolest je kao *prirodni* fenomen modelirana u određenu kulturnu formu kroz kategorije koje se koriste kako bi se simptomi doživjeli, izrazili i procijenili. Kulturna konstrukcija iskustva bolesti je često osoban i društveno adaptivan mehanizam. Kao ključni aksiom u medicinskoj antropologiji Kleinman jasno definira razliku između bolesti (*disease*) i oboljenja (*illness*)¹⁶, koji je preuzeo od Leona Eisenberga (Eisenberg 1977) iz njegovoga kratkog članka napisanog tri godine prije. Bolest je “*loše funkcioniranje biološkog i/ili psihološkog procesa*”, a termin oboljenje se odnosi na “*psihosocijalno iskustvo i značenje doživljene bolesti*” (Kleinman 1980:72). Iz ovoga se nedvojbeno može zaključiti da ni bolest ni oboljenje nisu realnosti same po sebi, već konstruirani koncepti koji služe objašnjavanju i izražavanju biološke stvarnosti, tj. objasnidbeni modeli.

Njihove komponente (poremećen biokemijski proces, anatomske strukture, psihološke reakcije, obrasci ponašanja i komunikacije),

¹⁶ U njemačkom *Krankheit* i *Kranksein*, u hrvatskomu ne postoji odgovarajuća terminološka razlika pa su nazivi *bolest* i *oboljenje* autoričin prijedlog..

iako pripadaju stvarnom svijetu, mogu se percipirati samo kao dio slike koju stvaraju naši objasnidbeni modeli, u kojima ti elementi tvore koherentne obrasce (Kleinman 1980:73).

Unutar naših objasnidbenih modela mi identificiramo, procjenjujemo i tumačimo kliničke dokaze. Bolest i oboljenje, stoga, postoje kao konstrukti u određenim konfiguracijama društvene stvarnosti i mogu biti shvaćeni samo unutar definiranih konteksta značenja i društvenih odnosa.

Općenito bismo mogli reći da su objasnidbeni modeli profesionalnih pružatelja zdravstvene skrbi usmjereni na bolest, a laika na oboljenje, ali to je veoma općenita tvrdnja. Biomedicinski modeli su orijentirani na bolest, ali u pojedinim primjenama mogu uključivati i šire koncepte oboljenja, tradicijski profesionalni sustavi, poput indijskog ili kineskog su okrenuti bolesti, ali njihovi objasnidbeni modeli uzimaju u obzir i faktore oboljenja u većem obimu od biomedicine, a u zemljama zapada gdje je biomedicina istaknuto dominantna, objasnidbeni modeli laika su često i snažno pod utjecajem biomedicinskog načina shvaćanja svijeta, posebno kod obrazovanih pripadnika srednje klase (Kleinman 1980:74).

Objasnidbeni modeli će u ovom radu poslužiti za analizu u kojoj mjeri se naracije klijenata koji odlaze iscjeliteljima i terapeutima u nekonvencionalnu medicinu poklapaju s naracijama iscjelitelja kao i za definiranje u kolikoj mjeri njihova podudarnost odlučuje o klijentovom/klijentičinom izboru iscjelitelja/terapeuta.

Treći važan koncept koji Kleinman uvodi u antropologijska promišljanja o medicinskim sustavima jest **medikalizacija društva**. Citirajući Irvinga Zolu (Zola 1972), medicinskog sociologa, Kleinman tvrdi da modernizacija donosi snažnu i potencijalno opasnu tendenciju da u zdravstvene sustave uključuje sve više problema koji su tradicionalno bili dio nekog drugog sustava (kao primjere navodi alkoholizam, zlouporabu droge koji su bili dijelovi pravnog i etičnog sustava). Na sličan način kao i Illich (Illich 1975), taj proces redefiniranja društvene stvarnosti i proširenja društvenog opsega zdravstvenih sustava Kleinman naziva progresivnom medikalizacijom društva. Medikalizacija društva rezultira i povećanom uporabom medicine i psihijatrije u svrhu

društvene kontrole (Illich 1975). U posljednje vrijeme se pod medikalizacijom društva podrazumijeva i pojava sve većeg popisa bolesti i problema koji se medijski eksponiraju i eksploatiraju, ponekad i stvaraju (problem rastuće farmakološke industrije), a koji se prije nisu promatrali kao medicinski problemi, kao što su u našoj kulturi poremećaji prehrane, alergije, predmenstrualni sindrom, sindrom kroničnog umora, sindrom nadraženih crijeva, menopauza, problemi adolescencije (akne i pretilost), problemi starije dobi (pamćenja i koncentracije) itd. Takve kulturno specifične bolesti, koje samo pojedine kulture percipiraju i interpretiraju, Kleinman će nazvati kulturno uvjetovanim sindromima ili *culture-bound syndromes*.

U ovom radu neće biti previše govora o kulturno uvjetovanim sindromima, ali će svakako medikalizacija društva biti jedan od analitičkih alata pomoću kojega će se pokušati objasniti razlozi odlaska u KAM.

2.3 Teorije i faktori uporabe komplementarne i alternativne medicine

Od ranih 1980-ih godina sve više pažnje se u pisanjima u medicinskoj antropologiji posvećuje komplementarnoj i alternativnoj medicini. Na prvi pogled riječ je o samo još jednom usko usmjerenom antropološkom pogledu na *drugost*, kojoj je da bi postala predmet antropološkog interese, dovoljan samo taj karakter *drugosti*, no čini se da alternativna i komplementarna medicina medicinskim antropolozima nije primarno interesantna samo pojmovno ili pojavno. Naime, u pokušaju da se odvoje od metodologije i konceptualizacije medicinske sociologije, posebno empiričke sociologije, koja, za razliku od socijalne antropologije, polazi od pretpostavki da svojim primjerenim znanstvenim jezikom i tehnikama istraživanja otkriva, a ne kreira, činjenice o svijetu oko sebe (Young 1982), medicinska antropologija traga za područjem, objektom istraživanja koje bi proširilo njezinu epistemologiju i vlastitim postojanjem ukazalo na potrebu šireg istraživanja i tumačenja zdravstvenih sustava u svijetu oko nas. Takav pristup će najmanje uključivati biomedicinske premise, a mnogo više kulturu samu, politiku, odnose moći, shvaćanja pojedinaca i grupa, tj. najkraće rečeno, vlastitim primjerom, gotovo kao

svojevrnsni disciplinski *case -study*, nametnuti potrebe *in-depth* etnografije i kvalitativnih istraživanja u područjima u kojima je kvantitativno uvijek bilo primarno.

Upravo tu potrebu za novim područjem istraživanja koje bi samo ukazalo na potrebu drugačijega metodološkog pristupa u istraživanju zdravstvenih i medicinskih sustava svijeta ispunjava komplementarna i alternativa medicina jer samim postojanjem (i širenjem) u društvima u kojima je biomedicina konceptualno, politički, ideološki, ekonomski dominantna, ukazuje na postojanje drugog načina tumačenja svijeta koji zanimljivo distorzira i uneređuje sterilnu koncepciju biomedicine. Zanimljivo je da prva istraživanja komplementarne i alternativne medicine (Leslie 1976) ne donose neke velike teoretske zaključke i ne služe ničemu osim da potvrde paralelno postojanje nekoliko medicinskih sustava u svim suvremenim zapadnim društvima. Potreba za rušenjem radikalnih empiricističkih, pozitivističkih paradigmi je bila tolika da je za početak bilo samo dovoljno dokazati suprotno.

Tako je u jednoj od prvih rasprava o teorijama uporabe komplementarne i alternativne medicine Peter Worsley (1982) naveo kako se različiti oblici "alternativne" medicine čine sve "privlačnijima" u zapadnim društvima, a kao najraširenije tipove naveo akupunkturu, osteopatiju i homeopatiju. Također spominje i rastuću demistifikaciju nekad neupitnog autoriteta biomedicine i njezinih liječnika koju Illich (1975) objašnjava na slijedeći način:

The belief that an organic cause for all forms of illness would eventually be found and the appropriate remedy would follow has dominated both specialist and lay thought for a century. Coupled in advances in hygiene and nutrition, it produced results striking enough to appear to justify faith in it. But...everyday disorders ranging from colds and flu through headaches and backaches, bronchitis and asthma, to coronaries and cancer have resisted this approach. The discovery of cause and cure is always "just around the corner", but the corner is never quite reached¹⁷ (Illich 1975 in Worsley 1982:316).

¹⁷ „Vjerovanje da će organski uzrok svih vrsta bolesti biti naposljetku otkriven i da će ga slijediti otkriće odgovarajućeg lijeka je stoljećima dominiralo kako specijalističkom tako i laičkom mišlju. U kombinaciji sa razvojem higijene i prehrane, proizvelo je rezultate koji su bili dovoljno značajni da to vjerovanje i opravdaju. Međutim, svakodnevne bolesti od prehlada i gripa, preko glavobolja i bolova u leđima, do

Zanimljivo je primijetiti da, iako biomedicina ne rješava bolesti i oboljenja koja je naveo Illich ni u prošlim razdobljima svoje povijesti, tek 1970-ih ona postaje i denotira se kao “pogrešna”, odnosno, tek sada u političkoj ideologiji Zapada postoje mehanizmi u društvenim znanostima koji progovaraju protiv biomedicinske empirijske datosti. Prema nekim teoretičarima to je posljedica snažnog razvoja i velikih uspjeha medicine 19. stoljeća nakon pronalaska patogenih organizama ili antibiotika te razvoja kirurgije potrebne u oba velika svjetska rata u prvoj polovici 20. stoljeća. Illich (1975) tvrdi da su 1970te prijelomne i stoga što se tada zapadna znanost susreće sa stvarnim dokazima da su se u tom razdoblju najmoderniji dosezi u biomedicini, primjerice operacija na otvorenom srcu, rutinski već izvodili u Kini i to pod akupunkturalnom analgezijom (Worsley 1982). Ako se to i događalo sugestijom, kao što su neki tvrdili, tada je biomehanicistički model postao još upitniji i još manje uvjerljiv.

Worsley pokušava povezati te činjenice s klasičnim antropološkim pisanjima na temu etnomedicine (već spomenuti radovi Evans-Pritcharda ili Turnera) te osmišljava model koji pretpostavlja da se fizičke bolesti u tradicijskim društvima ne objašnjavaju unutar biomehanicističkog okvira koji odjeljuje prirodu od natprirodnog, društveni svijet od svijeta prirode te pojedinca od njegove/njezine društvene matrice, već upravo unutar okvira koji točno definira međusobnu zavisnost sva ta četiri aspekta postojanja: prirode, natprirodnog, društva i pojedinca (Worsley 1982:317). Taj model pretpostavlja da iscjelitelj posjeduje intimno znanje o pacijentovoj ulozi i položaju unutar društva te, što mi se čini važnije, s pacijentom/klijentom dijeli kulturne vrijednosti i društvene norme. Tako se, kaže Worsley, fizičkoj bolesti ne pristupa kroz naturalistički, već kroz kozmološki okvir. U tom smislu se više polagalo i na činjenicu koliko je rad nekog iscjelitelja pridonio općem poboljšanju društva i općoj podjeli rada, dok se manja pažnja pridavala iscjeliteljevoj nagradi, materijalnoj ili bilo kakvoj drugoj.

Put koji je prošla zapadna misao od 19. stoljeća do danas, prema konačnoj pobjedi zapadne znanosti nad *praznovjerjem*, prema, kako navodi Max Weber, racionalizaciji postojanja ili Nietzscheovoj nihilističkoj i konačnoj “smrti Boga”, je na neki način naša epistemološka stvarnost. Čini se da se taj trijumf racionalizma najdulje i najbolje zadržao

koronarnih bolesti i tumora su se odupirale tom pristupu. Otkriće uzroka i lijeka je uvijek bilo 'odmah iza ugla', ali se do tog ugla rijetko kad stizalo“. (prijevod autorice)

upravo u polju medicine stvorivši novu medicinsku kozmologiju: metamedicinsku izolaciju i redukciju bolesti kao potpuno biološkog fenomena s tijelom shvaćenim kao mehaničkim sustavom, gotovo strojem.

2.4. Politike tijela, iskustva i emocija

Po pitanju tijela i politike tijela nastaju mnoge rasprave tijekom kasnih 1980-ih godina. Najpoznatija rasprava u području medicinske antropologije je svakako ona Nancy Scheper-Hughes i Margaret Lock iz 1987. godine naslovljena *Svjesno tijelo (The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology)*. Njezine glavne ideje i zaključci će se u radu koristiti u analizi slike (ne)moćnog, kontroliranog, upravljanog tijela ili, suprotno tome, tijela koje posjeduje i aktivno iskazuje svoju volju u naracijama kazivača.

U samom uvodu uistinu značajnog i po mnogočemu revolucionarnog članka, autorice objašnjavaju da su namjerno u naslovu ostavile pomalo pretenciozan latinski termin *prolegomenon* (prema Hrvatskom enciklopedijskom rječniku, termin označava uvodno izlaganje temeljnih pretpostavki nekog nauka¹⁸), iako će to hrvatske etnologe svakako asociirati na poznate plaidoyere s konca 1990-ih, kako bi istaknule važnost i upotrebljivost ideja i zamisli koje iznose u članku kao smjernica za cijeli budući razvoj medicinske antropologije. Naime, autorice tvrde da medicinska antropologija do kasnih 1980-ih (vremena publiciranja njihovog članka), sasvim zapostavlja tijelo kao jedno od vrlo važnih pitanja u medicinskoj antropologiji te zaboravlja problematizirati njegovo postojanje i važnost za svako istraživanje koje se bavi zdravljem i bolešću, ali i rodnom, seksualnošću, našim položajem i predstavljanjem u društvu, itd. Kada disciplina kao što je medicinska antropologija zaboravlja problematizirati tijelo, jednostavno ga *prepušta*, epistemološki i konceptualno, biomedicini i na neki način dozvoljava njegovu biološku determiniranost. Bez analize tijela i tjelesnosti kao kulturnih i, nadasve međukulturalnih, ali i kroz razna povijesna razdoblja unutar jedne kulture, vrlo i značajno različitih

¹⁸ Hrvatski enciklopedijski rječnik, Novi Liber, Zagreb 2003. (str. 1057).

konceptata (dovoljno je da se prisjetimo ideja o “lijepom” tijelu u različitim kulturama sinkrono ili u zapadnoj kulturi u različitim vremenskim razdobljima) unutar medicinsko-humanističkih disciplina, tijelo postaje neupitno biološki i mehanički sustav čije je postojanje i djelovanje određeno biološkim zakonima, a analiza tijela i tjelesnosti dozvoljena samo onima koji razumiju stroge i jasne biomedicinske zakone funkcioniranja istoga. Stoga autorice nalažu da je za potrebe analize tijela u zapadnim društvima potrebna voljna suspenzija naših uobičajenih predodžbi, vjerovanja i kulturnih pretpostavki o dualizmu “tijela i duha (duše), vidljivog i nevidljivog, prirodnog i natprirodnog, magijskog i racionalnog, racionalnog i iracionalnog, stvarnog i nestvarnog” (Scheper-Hughes, Lock 1987:7), koje su itekako obilježile i rane godine razvoja medicinske antropologije.

Kao osnovnu teoretsku postavku za analizu tijela u zapadnim društvima autorice nude **model tri tijela**: individualnog, odnosno iskustvenog doživljaja vlastite tjelesnosti, jastva; zatim društvenog, tijela kao simbola koje sudjeluje u socijalnim interakcijama i koje je simbol organske cjelovitosti (zdravo tijelo) ili društvenog konflikta (bolesno tijelo); te političkog tijela, koje se odnosi na “regulaciju, nadzor i kontrolu tijela u reprodukciji i seksualnosti, radu i ljenčarenju, u bolesti i ostalim oblicima devijacije i ljudskih raznolikosti” (Scheper-Hughes, Lock 1987:8). Moć i stabilnost političkog tijela počivaju na njegovoj mogućnosti da regulira populaciju (društveno tijelo) i disciplinira individualna tijela.

Tripartitni model autorice biraju i stoga što u njemu objedinjuju i tri teoretska pristupa i epistemologije koje su obilježile medicinsku antropologiju: fenomenologiju (individualno tijelo, doživljeno sebstvo), strukturalizam i simbolizam (društveno tijelo) i poststrukturalizam (političko tijelo).

Što se tiče **individualnog tijela**, autorice donose relevantne etnografske primjere iz različitih kultura kako bi potvrdile Geertzovu tvrdnju (Geertz 1984:126) da je zapadna ideja o osobi kao “cjelovitom, jedinstvenom, integriranom motivacijskom i kognitivnom univerzumu, dinamičnom centru svijesti, emocija, rasuđivanja i djelovanja zapravo poprilično čudna ideja (poznajući Geertzovu suptilnu ironiju, vjerojatno bi se taj čudna – *peculiar* moglo prevesti i mnogo oštrije), u kontekstu svjetskih kultura”. Većina kultura

pojedince ne stavlja na taj način u centar postojanja i jasno je da je politička ekonomija zapadnog kapitalizma uspostavila mehaničko tijelo odgovorno sebi i koje polazi od sebe kako bi maksimalizirala njegovu uvjerenost u kulturni mit o njegovoj važnosti i produktivnoj moći te tako maksimalizirala i njegovu/njezinu učinkovitost. Ujedno je takvo tijelo i maksimalno ovisno upravo o tom diskursu koji ga tako definira jer bez njega ne postoji. U tom smislu Scheper-Hughes i Lock navode da je bez obzira na takav dominantni diskurs zapadnih društava teško zamisliti da postoje ljudi bez intuitivne percepcije nezavisnog jastva, unutarnjeg sebe, koje postoji nezavisno od tijela (Scheper-Hughes, Lock 1987:14). Samo osobe oboljele od shizofrenije ili rijetkih poremećaja ličnosti ne osjećaju ili drugačije osjećaju, vlastito postojanje. Upravo na toj premisi ideja o strogoj odvojenosti tijela od duha ili svijesti nije održiva – mi intuitivno i iskustveno osjećamo tko smo. Prirodi i povijesti zapadne misli (Manning i Fabrega 1973) jest imanentno da se tijelo i sebstvo shvaćaju kao odvojene cjeline te da bolest “zaposjeda” jedno ILI drugo. No, mnogi etnomedicinski sustavi ne vide logičnu i samorazumljivu podjelu na tijelo, svijest i duh te stoga bolest ne mora nužno pripadati samo jednom od toga.

Drugo tijelo koje autorice definiraju jest **društveno tijelo**, koje je za Mary Douglas (Douglas 1967) bilo prirodni simbol, jedan od najsnažnijih i najznačajnijih simbola koji mi svi nosimo sa sobom. Zanimljivo je da, iako simbolizam Mary Douglas nailazi na mnoge kritike zbog mnoštva generalizacija i pokušaja da se cijele kulture svrstaju u određene i kategorizirane sustave jednostavnih i univerzalnih simbola, i recentni autori koji pišu o tijelu (Lock 2001, Seymour 2007) rado citiraju Mary Douglas. Važnost njezinog bavljenja tijelom i to razmjerno rano u antropološkoj teoriji (1960-ih) je upravo u tome što je tijelo epistemološki “ukrala” biološkim znanostima i dala mu predznak konstruiranog, lokalnog i, nadalje, kulturno determiniranog. Prema autoricama Scheper-Hughes i Lock od posebne je važnosti za promišljanja u medicinskoj antropologiji “simboličko podudaranje između koncepcije zdravog tijela i zdravog društva, odnosno između oboljelog tijela i disfunkcionalnog društva” (Scheper-Hughes i Lock 1987). Već je Janzen (1981) ustvrdio da svako društvo posjeduje utopijski koncept zdravlja koji se može metaforički preslikati s društva na tijelo i obrnuto. Jedna od najstarijih i najdugovječnijih ideologija povezanosti individualnog i društvenog tijela,

odnosno cjelokupnog postojanja, je ona o životnoj harmoniji, ravnoteži, integraciji i cjelovitosti koju nalazimo kod starih medicinskih sustava Kine, Grčke i Indije (Scheper-Hughes i Lock 1987), suvremenih kultura sjevernoameričkih Indijanaca jugozapada (Shutler 1979) te, što je posebno važno za analizu istraživanja koje je predmet ovoga rada, kod holističkih pokreta zdravog života koji se pojavljuju u drugoj polovici 20. stoljeća (Grossinger 1980). Neki od tih pokreta se često koriste idejama o potrebi postizanja harmonije našega tijela koje onda postaje zdravo i cjelokupnog postojanja, usput koristeći predodžbe i naracije o višoj svijesti, što je dijelom vidljivo i u naracijama mojih kazivača.

Treće tijelo o kojem govore autorice je **političko tijelo** i, iako se teoretski snažno naslanjaju na Foucaulta, prvi put u medicinskoj antropologiji pokušavaju definirati odnos zapadnih političkih sustava prema tijelu i njegovoj kontroli. Raspravu započinju općenitom tvrdnjom da “društva redovito reproduciraju i socijaliziraju vrste tijela koja trebaju” (Scheper-Hughes i Lock 1987:25). Najeklatantniji etnografski primjer jest Chagnonova interpretacija Yanomamo društva u kojem muškarci (ali i žene) agresivnim izgledom i pomnim njegovanjem ožiljaka koje naglašavaju crvenom bojom žele dodatno *preplašiti* neprijatelje iz susjednog sela s kojima se bore za teritorij, žene i ulov (Chagnon 1992). U našem društvu, a i mnogim drugima, kulturno i politički *ispravno* tijelo je lijepo, snažno i zdravo, iako u različitim kulturama ili vremenima to može značiti različite stvari. Naime, interpretacije o tome što je debelo ili mršavo, o obliku ili veličini pojedinih dijelova tijela, crtama lica ili izgledu zuba (Scheper-Hughes i Lock 1987:25), skarifikaciji ili (ne)ritualnom ukrašavanju tijela (naravno, i kao oblika samoidentifikacije), kirurškom ili tradicijskom mijenjanju i oblikovanju dijelova tijela te različita shvaćanja pojmova kao što su starost, mladost, plodnost, izdržljivost, se uvelike razlikuju. Politički korektno tijelo u našoj kulturi koja se sve više medikalizira i u kojoj je tijelo sve dominantnije kao subjekt i objekt kontrole jest, u slučaju oba roda, mršavo, snažno, fizički uvježbano, (“*fit*”) te pomalo androgeno (ako govorimo o zadnjih dvadesetak godina) tijelo, koje iskazuje i utjelovljuje kulturno prihvaćene i očekivane oblike ponašanja kao što su autonomnost, nezavisnost, samostalnost, individualnost, čvrstinu, kompetitivnost, mladost i samokontrolu (Pollitt 1982). No, takvo tijelo, koje je u našoj kontemporarnoj utopijskoj viziji savršenog tijela ujedno i zdravo, je rezultat rada,

nastojanja i odricanja – vježbanja, ispravne prehrane, izbjegavanja rizičnih ponašanja i sl. Stoga je i naše zdravlje posljedica *rada* i bolest posljedica *nerada*, a ne više nečije loše sreće ili slučajnosti. Tako definirano tijelo samo nameće potrebu za kontrolom pa je zapravo cijela zapadna tjelesnost vrlo jako i, ako prihvatimo ovakvu teoriju o potrebi strogog rada kako bismo postigli savršenu tjelesnost kao logičnu, čak ekstremno podložna različitim oblicima kontrole. Nekomolirano tijelo je devijantno i bolesno – gojaznost se, primjerice, u zadnjih nekoliko godina u biomedicinskim publikacijama tretira kao bolest. Nekoliko autora koji pišu u medicinskoj antropologiji tijekom 1980-ih postavljaju pitanje: ako smo definirali da društva reproduciraju vrste tijela koja trebaju, što zapravo naše, zapadno društvo želi od ovako *sčinjenih* tijela? Odgovori su, međutim, neuvjerljivi ili jednostavno rezultat neposrednog posthladnoratovskog razdoblja u kojem su nastali jer se kasniji teoretičari, logično, time ne bave na taj način. Primjerice DeMause (1984) tvrdi da je zaludenost *fitnesom* posljedica međunarodnog straha pred ratom i pripremanja za rat, a Scheper-Hughes i Stein (1987) da pokreti samopomoći i različiti *fitnes* pokreti u ideologiji i stavu artikuliraju prvenstveno militaristički, ali i socijalno-darvinistički etos po kojem brzi i mršavi pobjeđuju, a debeli i tromi gube utrku s ljudskom rasom. No, bez obzira slagali se mi s tim teorijama ili ih smatrali suviše naivnima utoliko što pojednostavljaju ne posve jednostavno pitanje tjelesnosti u zapadnim društvima, jasno je da je tijelo koje je definirano kao rezultat stroge i naporene *borbe* za njegovo stvaranje ujedno i tijelo koje treba kontrolu kako bi opstalo i tu možda leži objašnjenje činjenice da su zapadna tijela diktirana medijima, njima određena, oblikovana, oslikana te da zapad poznaje sve više problema vezanih uz kult tijela, gotovo u obliku određene religioznosti, koje mora odgovarati strogo postavljenim normama. Ovaj dio teorije Scheper-Hughes i Lock se direktno može primijeniti na naracije kazivača u ovom istraživanju, o tome kako su naučili da na “sebi moraju raditi”; zanimljiva je naime ta sintagma „rada”, ali onda i načina na koji ga alternativna medicina interpretira, a koji se ne ograničava samo na rad na strogo kontroliranom tijelu. Međutim, budući da se samo postojanje alternativne medicine definira kao Drugost zapadnoj medicini, pa tako i vodećim zapadnim epistemologijama zdravlja i bolesti, s pojmom tijela i tjelesnosti ona vrlo spretno koketira, tvrdeći da je lijepo tijelo (primjerice, čisti ten, nedostatak neke

kožne bolesti ili normalna tjelesna težina), zapravo rezultat ispravnog shvaćanja i prihvaćanja sebe¹⁹. O time se detaljnije govori u diskusiji.

“Kulture su discipline koje osiguravaju kodove i društvene upute za pripitomljavanje individualnog tijela u skladu s potrebama društvenog i političkog poretka”, tvrde Scheper-Hughes i Lock (1987). Svaki društveni poredak treba *normalna* i poslušna, pripitomljena tijela. Snažna i brza medikalizacija zapadnog društva posljednjih desetak godina, o kojoj je već bilo riječi, a koja se manifestira upravo poplavom različitih kategorija novih bolesti i *oznaka* u medicini i psihijatriji od kojih odjednom svi bolujemo (migrena, stres, PMS, CFS), rezultirala je sve užom definicijom *normalnog* i stvorila bolesnu i devijantnu većinu (Scheper-Hughes i Lock 1987). Naravno, ta bolesna i devijantna većina treba pomoć u obliku lijekova koje farmaceutska industrija nudi kao rješenje za postizanje onog utopijski zdravog, sretnog, lijepog i uspješnog tijela o kojem je malo prije bilo govora, ali objašnjenje nije tako jednostavno. Naime, u sve manje personaliziranom društvu, u društvu u kojem se interpersonalna komunikacija sve više odvija u *kiberprostoru*, nedostaju mehanizmi iskazivanja individualnih i društvenih frustracija jer umjesto u Goffmanovom *back stageu*, u kojem bi se zapravo trebala odvijati glavna radnja koja upravlja događajima na pozornici, ali i dozvoljava *prljavo rublje*, odjednom češće postojimo na pozornici, mjestu *kiberprostorne* mimikrije i pretvaranja, kojemu je *back stage* sasvim sakriven i potpuno nepoznat. U svijetu u kojemu je Goffmanov *back stage* izgubio svoju dominantnost, nema mjesta u kojem se iskazuju negativni i neprijateljski osjećaji pa “somatizacija bolesti postaje dominantna metafora za iskazivanje vlastitih ili društvenih nezadovoljstava” (Scheper-Hughes i Lock 1987:27), frustracija, tuga, tjeskoba. Biomedicina će u našem medikaliziranom društvu oblikovati i transformirati takve negativne osjećaje u simptome novih bolesti kao što su PMS ili ADD (Martin 1987; Lock 1986a; Lock i Dunk 1987; Rubinstein i Brown 1984). Filtriranje vrlo raznolikih, ali stvarnih, objektivno doživljenih subjektivnih poteškoća i problema u idiom bolesti koja je biomedicinski jasno definirana, je opet nešto nad čime kontrolu imaju liječnici i to Foucault (1980a) naziva *biomoć*. To je jedna od teorijskih

¹⁹ HUPED redovito izdaje časopis pod naslovom “Terapeut u kući”, čiji je podnaslov „časopis za zdravlje, ljepotu i uspjeh“!

niša u kojima alternativna medicina ima zanimljiv položaj i ulogu u zapadnim društvima. Naime, alternativna medicina dozvoljava tim raznolikim, ali stvarnim pritužbama i poteškoćama klijenata, da budu upravo to što jesu – negativni osjećaji, osjećaji nezadovoljstva, neispunjenja, frustracije, tuge, nemira, neuspjeha, otuđenja; ne kanalizira ih u simptome bolesti pa se klijenti ne moraju osjećati bolesno ili devijantno, već ih spretno i argumentirano podvlači pod zajednički nazivnik neravnoteže, disharmonije, energetskih blokada, zatamljivanja osjećaja, *nesvjesnog* življenja koje nije u skladu sa stvarnim potrebama pojedinca, a što su sve problemi koje alternativna medicina, kako sama tvrdi, odnosno kako se može iščitati iz njezinoga dominantnog diskursa, uspješno rješava. Dakle, klijentima je dana mogućnost medicinskog *back stagea* u kojem su negativni osjećaji dozvoljeni, štoviše, uspješno se rješavaju baš na tom mjestu iza glavne pozornice biomedicine, a usput oni sami nisu proglašeni bolesnima ni *označeni* kao devijantni ili posjednici “tog i tog” sindroma ili “te i te” bolesti, već su jednostavno – nesretni.

To nas polako dovodi do rasprave o emocijama i njihovoj ulozi u našem doživljavanju pojmova zdravlja i koje su, iako neočekivano, obilježile i tvorile supstrat kazivanja kazivača u predmetnom istraživanju. Pitanja o tome kako poimaju zdravlje ili bolest i kako ih definiraju, kazivačima su uvijek bila uvodni poticaj da govore o svojim emocijama. Scheper-Hughes i Lock (1987:28) tvrde, “Antropologija tijela nemoguća je bez teorije emocija”. No, autorice smatraju da su do kraja 1980-ih medicinski antropolozi zapravo zanemarivali emocije kao predmet njihovog interesa, odnosno da su se bavili emocijama samo u ritualnim situacijama, kada su one “formalne, javne, ritualizirane i distancirane” (Scheper-Hughes i Lock 1987:28), kao što je to slučaj visoko stiliziranih pogrebnih običaja kod Baska (W. Douglas 1969) ili, vjerojatno najpoznatijeg primjera iz etnografije, slučaj vrlo slojevite i mnogoznačne igre oko borbi pijetlova na Baliju (Geertz 1973). U svojem *“Tumačenju kultura”* Geertz naznačava, a poslije produbljuje, pitanje je li bilo koje iskazivanje osjećaja – javnih ili privatnih, individualnih ili kolektivnih, zatamljenih ili eksplozivnih – ikada nezavisno od kulturnog uvjetovanja, odnosno zastupa tezu da je ono prožeto kulturnim (Geertz 1980), a ne individualnim značenjima. Najekstremnije shvaćanje te Geertzove tvrdnje značilo bi da bez (vlastite)

kulture jednostavno ne bismo znali osjećati. O tome će više biti riječi u diskusiji jer su mnoge naracije mojih kazivača o njihovim individualnim emocijama vezanim uz procese bolesti ili ozdravljenja jednim dijelom dosta formalizirane, a ponekad čak i klišeizirane, što govori o našoj kulturnoj predispoziciji da o istim stvarima stvaramo naracije koje smo već čuli, procesuirali i u našoj kulturi je *dozvoljeno* da nešto osjećamo na jedan ili drugi način.

Uključivanje teorije emocija u teoretska promišljanja medicinske antropologije je još jedna revolucionarna ideja autorica u spomenutom članku. Naime, one tvrde da

“budući da emocije uključuju i osjećaje i kognitivne postavke, javni moral i kulturnu ideologiju, one predstavljaju tu važnu kariku između uma (mind) i tijela,²⁰ pojedinca, društva i političkog tijela” (Scheper-Hughes i Lock 1987:29).

Već je Blacking (1977) tvrdio da su emocije katalizatori koji transformiraju znanje u ljudsko shvaćanje i motiviraju ljudska djelovanja. Medicinski antropolozi novije generacije bave se emocijama vezanim uz patnju, depresiju, smrt, bol i ostale ljudske procese koji su bremeniti emocijama (Kleinman i njegov *Social Suffering* ili Scheper-Hughes i *Death Without Weeping*)²¹. Bol i bolest su svakako ekstremna ili bar nesvakodnevna emotivna stanja pojedinca i, prema Scheper-Hughes i Lock, upravo tijekom tog iskustva bolesti, slično kao u trenucima dubokog transa ili seksualne ekstaze, svjesnost i tjelesnost, “ja” i “drugi” postajemo jedno i upravo analizom takvih procesa i događanja možemo dobiti ključni uvid u svjesno tijelo te u vezu između individualnog tijela, društvenog tijela i političkog tijela. To emotivno iskustvo bolesti, ključno za potrebe ovog rada, bit će jedno od glavnih analitičkih alata za naracije kazivača.

Naime, razmišljanje u dihotomiji između duše i tijela jest redukcionalističko razmišljanje koje nam olakšava svakodnevnicu – za nas je “dobro da razmišljamo na taj način”

²⁰ U članku se govori o dualizmu “*of mind and body*”, što bi u hrvatskom točan prijevodni ekvivalent bilo “duše i tijela”. Međutim, pojam “*mind*” u engleskom jeziku označava ne samo duhovnost, nego i svjesnost i svjesnu individualnost. U radu se pojam koristi u ovom širem značenju..

²¹ Vlastite emocije postaju predmetom i vrlo ozbiljnog metodološkog problematiziranja u novijoj sociokulturnoj antropologiji pa primjerice Ruth Behar 2007. godine izdaje knjigu pod naslovom “*Anthropology That Breaks Your Heart*”. Ovo može poslužiti kao pokazatelj koliko je ideja o emocijama u antropologiji važna s metodološkog, teoretskog i epistemološkog aspekta.

(Scheper-Hughes i Lock 1987:30). Da radimo drugačije, da koristimo “radikalno drugačiju metafiziku” (Scheper-Hughes i Lock 1987:30), uvelike bismo ugrozili svoju svakodnevnu epistemologiju i način razmišljanja i djelovanja koji u potpunosti počiva na egzaktnoj, empiričkoj, objektivnoj bazi svih naših znanja, bez koje bismo bili, kako nam sugerira Geertz (Geertz 1973:28-30), sudionici kaosa apsolutnog relativizma i subjektivnosti. Stoga je upravo alternativna medicina, kao područje koje je izvan svih zapadnih epistemologija, i čija je baza znanja često sasvim neobjašnjiva ili se ne može objasniti zakonima našega biomedicinskog znanja o načinu funkcioniranja ljudskog organizma, vrlo plodno tlo za širenje epistemologije medicinske antropologije, ali i sociokulturne antropologije općenito. U zaključku citiranog članka, autorice zaključuju:

“usprkos tehnološkog i mehanicističkog obrta koji je ortodoksna biomedicina doživjela u posljednjih nekoliko desetljeća, ovo je također i razdoblje velikih prevrata i nesigurnosti, s pojavom heterodoksija alternativne medicine” (Scheper-Hughes i Lock 1987:30).

Danas teško da postoji klijent/pacijent, tj. pojedinac, bilo da mu je kulturna baza u zapadnim društvima ili ne, koji ne zna da njegov/njezin um/svjesnost (*mind*) ima vrlo snažan utjecaj na njegovo/njezino tijelo u bolesti i zdravlju (Cassell 1984), odnosno da individualno postoji svjesna kauzacija tjelesnih (somatskih) stanja, što velika većina mojih kazivača i potvrđuju. No, zapadna epistemologija se s tim još teško hvata ukoštac.

Jedna od dviju autorica navedenoga članka, Margaret Lock, četrnaest godina poslije *Prolegomenona*, objavljuje članak (2001) koji bi na neki način trebao služiti kao nastavak prvoga te kao svojevrsni sažetak petnaestak godina razvoja medicinske antropologije. Članak ne donosi toliko novina kao prethodni, ali budući da je svojevrsni pregled događanja u teorijama medicinske antropologije tijekom 1990-ih, potrebno je komentirati njegove najvažnije dijelove. Lockova ponovo spominje Younga (1980) i Worsleya (1982) te prenosi tvrdnju Frankenberga (1980) da su sve medicinske prakse produkti ideologija te da svako medicinsko znanje i praksa u sebi neupitno sadrži određene kognitivne pretpostavke i shvaćanja koje bi trebale biti sastavni dio svakog medicinskoantropološkog istraživanja. U prilog tome ide i tvrdnja Petera Worsleya

(1982) da postoji jedna temeljna filozofija koji rukovodi principima svakoga medicinskog (sustava) znanja te da se zbog toga bolest u bilo kojoj kulturi u načelu tretira u metamedicinskom okviru shvaćanja, upravo na temelju i kroz prizmu te temeljne filozofije. Sve medicinsko znanje ili sva medicinska znanja su kulturno i povijesno stvorena i uvjetovana, ugniježđena u političku ekonomiju i podložna promjenama, na globalnoj i lokalnoj razini (Young 1980).

Nastavljajući raspravu o kartezijanskom dualizmu koji, kao pripadnici zapadnih društava, imamo naslijeđenog u temeljnim razmišljanjima o svijetu oko nas, Margaret Lock zaključuje da je medicinska antropologija disciplina koja može transcendentirati podjelu između prirode i kulture (poznata *nature/culture divide* u antropološkoj teoriji od kraja 1960-ih godina), duboko ukorijenjenu u modernističko razmišljanje. Kao termin koji bi otišao korak dalje u negiranju biomedicinskog determinizma po kojemu su, bez obzira na medicinski sustav, osnovni biokemijski, fizikalni i biološki zakoni po kojima funkcionira ljudski organizam neupitni, dokazani i empirijski jasni, autorica predlaže “lokalne biologije”. Termin se odnosi na način na koji su “utjelovljena fizička iskustva, iskustva zadovoljstva, dobroga zdravlja, bolesti, dijelom uzrokovana materijalnim tijelom, koje je samo ovisno o evolucijskim, okolišnim i individualnim varijablama” (Lock 2001:484), a dijelom načinom na koji sami shvaćamo i prezentiramo tijelo, krećući od lokalnih kategorija i iskustva. Budući da je to utjelovljenje i “društveno, tada na njega imaju utjecaj povijest, politika, jezik i lokalno znanje, koje uključuje i znanost” (Lock 2001:484) na način na koji je ona prisutna u određenoj vremenskoj i prostornoj pojavnosti. U dijelu u kojem govori o percepciji/recepciji znanosti i znanstvenog diskursa te njegovom utjecaju i na Worsleyeve temeljne filozofije i Youngov metamedicinski prostor, autorica donosi najvažniju ideju. Naime, prema Lockovoj, etnografija koju danas prakticiramo u suvremenom svijetu i našoj svakodnevnoj realnosti jest istraživanje načina na koji je znanost i znanstveni diskurs (pri čemu autorica govoreći o znanosti dosljedno pod tim podrazumijeva tzv. *tvrde znanosti*), “selektivno raspoređen u različitim globalnim kontekstima u ovisnosti o moralnim sustavima i sustavima vrijednosti koji su povijesno, politički i kulturno uvjetovani” (Lock 2001). Ako je Latour (Latour 1993) cinično ustvrdio da mi moderni ljudi nikada nismo bili moderni, zbog kulturnog i povijesnog naslijeđa koje nas neizostavno čini nemodernima,

medicinska antropologija, prema Margaret Lock, nam ukazuje na još jednu važnu činjenicu vezanu uz prisutnost globalizirane znanosti u svim zakutcima ljudskog postojanja, u svim dijelovima svijeta, a to je da su svi ljudi svugdje na svijetu, željeli to oni ili ne, sve više moderni (Lock 1993). Prema njezinom shvaćanju “moderni” upravo zato što znanost već otprilike dvjestotinjak godina, prema Foucaultu, determinira ljudsko postojanje i služi kao kozmološko objašnjenje, ona temeljna filozofija koja se skriva iza tehnologije kao lučonoše napretka ljudske vrste. No, način na koji se ta ista znanost prihvaća i interpretira u različitim kontekstima nije ni izdaleka tako univerzalan kao što se čini na prvi pogled. Naime, biomedicinsko znanje i praksa pokazuju značajne varijacije na različitim geografskim lokacijama. Konačno, u razvoju teorije sociokulturne antropologije, čiji je medicinska antropologija “živahni potomak”, kako je naziva Margaret Lock, nema potrebe za proklamatorskim izjavama o tome kako ne postoji *divlja misao* ili *primitivna misao* niti bilo kakvim tvrdnjama o egalitarizmu misli jer upravo kroz prizmu te koprodukcije između biologije i kulture koja utjelovljuje naša iskustva i formira diskurse o tijelu, medicinska antropologija ukazuje na mogućnost nadilaženja antropoloških dihotomija kao što su priroda/kultura, ženko/muško, primitivno/civilizirano, tijelo/razum.

Heterodoksnost i očigledna epistemološka *drugost* alternativne medicine je stoga čine idealnom za promišljanja odnosa tijela, društva i politike u današnjem društvu.

2.5 Koliko slobodan je slobodan izbor: o racionalnosti donošenja medicinskih odluka i izboru terapija

Budući da je **medicinski pluralizam** definiran kao mogućnost slobodnog izbora određene terapije u određenom vremenu i prostoru, važno je reći nešto i o načinima na koji donosimo odluke, tj. odlučujemo se za nešto umjesto nečega drugog. Kognitivne etnografske studije tvrde da pripadnici određene skupine, kulture, subkulture koji dijele zajedničke postavke posjeduju i zajednički set standarda prema kojima rade određene izbore (Young i Garro 1994). Ako to primijenimo na istraživanja bolesti, kognitivne

etnografske studije medicinskog odlučivanja pokušavaju razumjeti načine na koji se ljudi ponašaju kad su suočeni s bolešću i razloge zašto poduzimaju određene radnje (Garro 1998:319).

Ovaj period u kojemu medicinska antropologija koristi saznanja i teorije kognitivne antropologije, pokušavajući odrediti temeljne principe mišljenja zbog kojih svakodnevno radimo ono što radimo, počinje prije desetak godina u posebnom izdanju *Medical Anthropology Quarterly* (Vol. 12(3), 1998), koje izdaje Američka Antropološka Asocijacija. U nizu članaka sakupljenih u zborniku pod znakovitim zajedničkim imenom, *Racionalnost u stvarnom svijetu: razlike u mišljenju kod bolesti i liječenja*, nekoliko autora, većinom američki medicinski antropolozi, pokušavaju odrediti koji su to logički, racionalni mehanizmi odlučivanja koji određuju da će pojedine osobe ili različite kulture u susretu sa određenom bolesti reagirati isto, slično ili sasvim različito. Oni ih nazivaju **modelima odlučivanja** i, na prvi pogled, ovakav taksonomski pogled na kulturu jako podsjeća na strukturalnu antropologiju kada je osnovna ideja antropološkoga rada bila pronaći uniformne modele ljudskog postojanja. No, osnovni ciljevi kognitivne antropologije, čak i one novijeg datuma, su otkriti modele ljudskog ponašanja i mišljenja i, uz pomoć njih, “moći predvidjeti ljudsko ponašanje” jer je “mogućnost predviđanja ljudskog ponašanja važna za institucije politike i društva” te “doprijeti do temeljnih heuristika i mehanizama odlučivanja i donošenja odluka koji postoje unutar kulture i međukulturalno” (Gladwin i Murtaugh 1984:115). Upravo ta ideja da je poznavanje modela ljudskog razmišljanja i mogućnost predviđanja ljudskog ponašanja važna za institucije politike i društva je razlog zbog kojega se ovdje kratko bavim i kognitivnom antropologijom te njezinom primjenom na modele odlučivanja u medicini.

Kognitivna antropologija se često koristi psihologijom kao disciplinom iz koje posuđuje teorije, a “zapadna akademska psihologija počiva na istim pretpostavkama o racionalnosti: stanje svijesti se može povezati s ponašanjem samo ako pretpostavimo da postoji cjelovit i nepromjenjiv sustav pravila prema kojima se naše namjere i uvjerenja prevode u aktivnosti”, (Heil 1986:330). Naime, modeli mišljenja za kojima traga kognitivna antropologija se odnose na racionalno mišljenje, dakle, na racionalne tj. razumne odluke koje donosimo svaki dan kada se oblačimo u skladu s vremenom ili društvenom prilikom, ne nosimo kišobrane kad ne pada kiša, pazimo na bonton u

društvenim interakcijama te vodimo svoju mačku veterinaru, a odlazimo zubaru kad nas zaboli zub. Iako za većinu tih odluka ne moramo previše razmišljati da bismo ih donijeli, Quinn ih naziva “racionalnima”, ali u općenitom smislu te riječi jer su takve odluke strukturirane, a ne “nasumične ili proizvoljne” (Quinn 1978:219). Ovdje se postavlja osnovno pitanje slobode našega “slobodnog” izbora ili općenito, mogućih opcija, jer naše odluke ni po čemu nisu temeljno osobne, individualne ili “neovisne od utjecaja širega političkog, ekonomskog, povijesnog konteksta ili društvene stvarnosti” (Good 1994; Young 1981). Tu postavku kognitivnih teorija da su pojedinci slobodni donositi nezavisne odluke, odnosno da su racionalni i voljni akteri, snažno kritiziraju medicinski antropolozi (Good 1994; Young 1981) kada pokušavaju u tim teorijama pronaći odgovore na pitanja kako odlučujemo o i u bolesti i zdravlju.

Jedna od autorica članaka u spomenutom zborniku, Linda Garro (1998), kao model koji bi se mogao iskoristiti za analizu procesa odlučivanja u medicinskom sustavima koristi podjelu na normativne modele odlučivanja i deskriptivne modele odlučivanja (Abelson i Levi 1985).

Normativni modeli odlučivanja su preskriptivni, tj. strukturiraju problematiku odlučivanja u smislu vjerojatnosti i metoda kojima se dolazi do optimalne odluke (Abelson i Levi u: Garro 1998:323) . Drugim riječima, za točno određenu nedoumicu postoji jedno optimalno rješenje.

Deskriptivni modeli odlučivanja odbacuju mogućnost postojanja idealiziranih “temeljnih mentalnih procesa” koji nas usmjeravaju u našem odlučivanju te se bave načinom na koji se odluke uistinu donose i razumijevanjem same prirode procesa razmišljanja. Naime, stvarni izbori će često biti sasvim drugačiji od onih koje pretpostavljaju normativni modeli.

Ti normativni modeli odlučivanja su nešto što je, čini se, imanentno upravo biomedicini. Za svaki medicinski problem biomedicina nudi optimalno rješenje. Ukoliko pacijent ne prihvaća to normativno objašnjenje, liječnik biomedicine će učiniti sve da ga/je uvjeri da usvoji način razmišljanja i prihvaćanja medicinske situacije na način kako ju vidi biomedicinski liječnik.²² Za procese odlučivanja u biomedicini ne postoji

²² To je izuzetno dobro ilustrirano u poznatoj interpretaciji biomedicine od strane popularne kulture – televizijskoj seriji američke kuće NBC International – “Dr. House”. Svojim hladnim i proračunatim

alternativno, već samo optimalno rješenje medicinskog problema te odgovor “ne želim” na liječnikovu uputu “morate ići na operaciju” je za biomedicinsku situaciju neprihvatljiv. Takvi klijenti će onda potražiti pomoć alternativne i komplementarne medicine, što je potvrdilo nekoliko slučajeva u mojem istraživanju. Procesi kontrole od strane institucija društva (u ovom slučaju medicine) ovisni su o postojanju normativnih modela odlučivanja i njihovoj utilizaciji s namjerom da postignu unaprijed određeni cilj.

Problematikom razumijevanja same prirode odlučivanja i razumijevanja bolesti i načina na koji se ljudi s njome nose u suvremenoj se medicinskoj antropologiji često bave dvije autorice Linda Hunt i Cheryl Mattingly koje zajedno publiciraju, a jedan njihov članak je uvršten i u spomenuti zbornik (Hunt i Mattingly 1998). Autorice tvrde da susret s bolešću potakne kod svakog od nas proces praktičnog mišljenja o tome što je pošlo po zlu i što bi se trebalo učiniti (Hunt i Mattingly 1998). Prema njima, autori koji se bave procesima mišljenja u antropologiji prečesto ga svode na ideju instrumentalne logike, dakle mi svijet oko sebe spoznajemo razumom i razumom ga slijedimo. I dok je ideja E. E. Evansa-Pritcharda da Azande potencijalno razmišljaju logičnije i razumnije od nas, pripadnika zapadnih društava, bila svakako revolucionarna za zlatno razdoblje kolonijalne antropologije u kojemu je on pisao (iako, naravno, njemu političnost njegove ideje zasigurno nije promakla, odnosno nije mu se dogodila slučajno), u razdoblju u kojemu pišu autorice takav stav kognitivista u antropologiji je sasvim zastario. Kao odgovor na pitanje, kako uopće u antropologiji možemo govoriti o našim svakodnevnim razmatranjima i načinu na koji razmišljamo u svakodnevnom životu, autorice citiraju Paula Rabinowa (Rabinow 1996) i njegovu interpretaciju Aristotelove ideje praktične mudrosti. Rabinow ideju praktične mudrosti primjenjuje na antropologiju općenito, no sama medicinska antropologija bi uvelike pomogla osvijetliti prirodu praktičnog mišljenja svojim istraživanjem i analizom načina na koji se klijenti ili sami iscjelitelji suočavaju s bolešću ili nedaćom. Naime, središnja premisa Aristotelove ideje praktične mudrosti jest mogućnost pojedinca da donosi odluke i da u danim situacijama izabere

cinizmom, u kojemu je nedostatak emocija čak preuveličan, on savršeno utjelovljuje sustav koji predstavlja. Sam s ozbiljnim medicinskim problemom (vrlo slaba mogućnost uporabe jedne noge) i štapom koji upotrebljava kao pomoć pri hodanju, on je dijelom kastriran, reći će feministička literarna teorija, a dijelom nas stalno podsjeća na svoj nedostatak ljudskosti koji je toliko velik da mu je simbolično potrebna stalna potpora – štap kao simbol. Njegov način uvjeravanja pacijenata da prihvate njegov normativni način razmišljanja je amoralan, nečovječan, destruktivan i neprihvatljiv. No, sve to ga čini – savršenim liječnikom biomedicine.

“dobro rješenje”. Tu se ne radi o “optimalnom” rješenju, jedinom mogućem odgovoru na zadane okolnosti, već se radi o, u osnovi, “moralnom problemu da u danjoj situaciji pojedinac točno i jasno vidi što treba učiniti” (Hunt i Mattingly 1998:270).

U praksi naših svakodnevnih odlučivanja nismo vođeni samo jednim, već mnogim principima. U medicinskoj antropologiji se to često naziva divergentnim racionalnostima. Ti mnogostruki oblici rezoniranja rezultiraju mnogostrukim vizijama i interpretacijama bolesti ili situacije, a te mnogobrojne interpretacije bolesti stvaraju i mnogostruke vizije i odgovore na određenu bolest pa jednostavno tražimo i mnogostruke načine kojima ćemo je riješiti. Tako će na našu viziju bolesti utjecati ono što znamo o određenoj bolesti iz medija ili (općeg) obrazovanja, ono što nam je rekao član obitelji ili blizak prijatelj koji je imao tu bolest, ono što smo pronašli na internetu, ili ono što nam je rekla magistrica u najbližoj ljekarni, ono što nam je rekao susjed u liftu kad nas je pitao za zdravlje, a mi se požalili na bolest ili ono što smo otkrili prisluškujući razgovor u frizerskom salonu. Lista je, naravno, beskrajna: na naše vizije bolesti će utjecati i način na koji su nas odgajali, ljudi s kojima smo se družili, ono čega se bojimo, ono čemu se divimo i naravno, ono što je rekao liječnik/ica, ali i svećenik ili možda šef/ica, zatim način na koji naša kultura gleda na tu bolest i *image* koji određena bolest ima u javnom životu jednog društva: hepatitis je danas “bolest narkomana i promiskuitetnih ljudi”, kao i AIDS ili, manje drastično, način na koji se danas u Hrvatskoj medijski tretiraju anoreksija ili bulimija.

Mnogostruki oblici rezoniranja ne natječu se međusobno za kompatibilnost, već su na neki način komplementarni. Hunt i Mattingly navode tri osnovna oblika rezoniranja koje ostali autori (Garro 1998; Hahn 1995; Lindenbaum i Lock 1993) otkrivaju u svojim istraživanjima.

Prvi oblik je **narativno rezoniranje** koje je na neki način već objašnjeno u prethodnom odjeljku. Riječ je o našoj mogućnosti da sami pronađemo za nas najbolju i najadekvatniju naraciju, koja, dakako, ne mora biti prikladna za bilo koga drugoga, kojom ćemo svoju bolest ispričati, shvatiti, interpretirati, fikcionalizirati, utjeloviti, te za takvu narativnu verziju naše bolesti pronaći najadekvatnije rješenje.

Drugi je oblik **moralno rezoniranje** koje polazi od biomedicinskog objašnjenja bolesti koje detaljno opisuje što i kako se dogodilo, ali ne i zašto se to dogodilo određenoj osobi

u određenom trenutku (Hunt i Mattingly 1998:270). Tada pacijenti, ne odbacujući biomedicinsko objašnjenje, pokušavaju povezati bolest s biografijom, vlastitom ili članova svoje obitelji, prijatelja, itd. U slučajevima čestih i opasnih bolesti (karcinomi reproduktivnog trakta kod žena je primjer koji navodi Hunt) koje pogađaju neke pacijente, ali neke zaobilaze bez vidljive pravilnosti, takva razmišljanja pomažu pacijentima da logično povežu fizičku bolest s nekim njima shvatljivim, prihvatljivim i razumljivim uzorkom u njihovoj vlastitoj društvenoj okolini. Moralno rezoniranje i tumačenje vlastite bolesti sam vrlo često susretala u intervjuima sa svojim kazivačima.

Treći oblik koji navode autorice je formalni model rezoniranja, dakle **normativni**. Radi se o načinu na koji nam je mišljenje i razmišljanje o nekoj bolesti nametnuto od strane, danas, najčešće medija, ali i zdravstvenih publikacija, *self-help* literature, itd. pa na određeni način slijedimo, bez razmišljanja, proces koji nam je preporučen u slučaju određene bolesti. Prema mojem istraživanju, samo vrlo mali broj kazivača je u komplementarnu i alternativnu medicinu došao kroz literaturu i tražeći neki propisani, obećani put prema boljem i sretnijem životu (3 %).

Osnovne upute koja sam slijedila pri samom pisanju bile su one Charlesa Leliseja i Nancy Scheper-Hughes, iz uvoda njezine najveće i danas svakako jedne od najznačajnijih recentnih etnografija s područja medicinske antropologije *Death Without Weeping* (Scheper-Hughes 1993) o smrtnosti novorođenčadi u ruralnom Brazilu. Leslie u svojevrsnom *plaidoyeru* o budućnosti medicinske antropologije i njezinom razvoju te uloji u novom društvu, daje svojevrsne upute kako bi etnografije medicinske antropologije trebale izgledati u 21. stoljeću. Namjera mu nije bila pisati uputstva, već pokazati na primjeru nekoliko uspješnih etnografija (Hsu 1999 ili Cohen 1998) kako se može kombinirati znanstveni i literarni diskurs u pisanju medicinske etnografije, u čemu se direktno nadovezuje na poznati “literarni zaokret u kulturnoj antropologiji”, a vidi ga kao zahtjev i naslijeđe interpretativne antropologije. Prema njemu mora biti zadovoljeno nekoliko elemenata: etnografije moraju jasno biti pisane u prvom licu i u toj mjeri im zadatak nije prenijeti informacije o društvenoj stvarnosti uključenoj u terensko istraživanje, već se etnograf u prvom licu mora pojaviti kao “posebna vrsta ljudi” (Leslie 2001) u interakciji s drugima u društvima koje istražuju. Antropologija je jedinstvena

znanost u svojem prihvaćanju osobnog iskustva i iskustvenog znanja istraživača kao legitimnog načina produkcije znanja i to mora biti jasno naznačeno već u samom načinu na koji je etnografija pisana. Nadalje, Leslie preporučuje izbjegavanje bilo kakve tipizacije i tipologizacije ljudi, događaja i kultura ili, ako postoje, tipologizacije moraju biti u službi opisa koji se usredotočuje na pojedinosti jednog subjekta ili događaja. Stoga se opis “stvarnosti” i događaja svodi na autorovu/autoričinu rekapitulaciju aktivnosti pojedinaca u određenom vremenu i mjestu uz dominantnu uporabu prošlog vremena koje jasno smješta radnju u stvarno vrijeme istraživanja. No, Leslie posebno inzistira na isticanju literarnoga, postmodernističkog karaktera pisanja u medicinskoj antropologiji i bori se protiv njegovog definiranja kao antiznanstvenog te čak naziva budalastima (*foolish*) one koji se bore protiv utjecaja takvog razvoja pisanja na samu disciplinu jer smatra da je čisto akademsko pisanje inferiorno i ograničavajuće u odnosu na prozno. (Ne postoji ništa izvan teksta, da parafraziram Geertza, pa ako se uistinu i radi o tekstu, zašto ga ne bismo učinili tekstualno primamljivijim i jasno naznačili njegovu tekstualnu prirodu, tzv. *baring the device*.) U zaključku svog milenijskog osvrtu na prošlost i budućnost medicinske antropologije Leslie zaključuje: “Od samog početka većina antropologa je smatrala našu disciplinu, pa tako i njezin nedavni poddisciplinarni dio (medicinsku antropologiju, op. a.), više od same znanosti. Ona nam je bila svjetonazor, životni poziv, način života, zabava (...) i za neke, egzistencijalna potraga za smislom. Vratit ćemo se u budućnost nastavljajući tu tradiciju” (Leslie 2001). Iako Leslie nijednom ne spominje aktivizam, njegov humanistički diskurs jasno naznačuje budućnost koju medicinska antropologija upravo načinje²³ – a to je budućnost u aktivnom pregovaranju i zagovaranju određenih rješenja koja proizlaze iz suvremenih medicinskoantropoloških istraživanja.

²³Na godišnjoj konferenciji Europske asocijacije socijalnih antropologa (EASA), europskoj krovnoj organizaciji koja okuplja kulturne i socijalne antropologe i mnoge etnologe, održanoj u Bristolu, Velika Britanija, u rujnu 2006. godine osnovana je Mreža medicinskih antropologa (Medical Anthropology Network), a kao posebna sekcija unutar nje je u ožujku 2007. godine osnovana sekcija Primijenjene medicinske antropologije.

3. ANTROPOLOGIJA I MEDICINA

3.1. Etnografsko pisanje o medicinskim sustavima

Etnografija kojom sam se koristila kao modelom za pisanje ovoga rada bila je već spomenuta knjiga Nancy Scheper-Hughes *Death Without Weeping. The Violence of Everyday Life in Brazil* iz 1993. godine. Literarni karakter te etnografije je očigledan – mnogi je nazivaju etnografijom-romanom. Prepuna je pravih literarnih opisa i uistinu se čita kao književnost, primjerice, započinje odlomkom u kojemu autorica opisuje kraj porođaja jedne šesnaestogodišnjakinje koja ovdje rađa prvi put (imala je još jedanaest trudnoća) i to mrtvorodenu bebu:

Ne sjećam se krvi, osim kasnije, mnogo kasnije kada sam je pokušavala obrisati pljuvačkom i dlanom svoje ruke. Ali usta su mi bila suha i krv mi je neprestano bježala, klizeći niz moju ruku, tako da je sve do noći, kada je stigla Dalina noseći mi vodu, nisam uspjela obrisati. (Scheper-Hughes 1993:1).

Knjiga je, kao što je vidljivo, i vrlo emotivna (o važnosti emocija u pisanju i teorijama Nancy Scheper-Hughes vidjeti str. 49-53). Cijela medicinska etnografija jest zapravo pisanje o ljudskoj patnji, nesreći i boli. Dok je u prošlosti ona bila strukturalizirana, tipologizirana u različite kategorije bolesti i bolesnosti u kojima se pokušavao otkriti skriveni sustav vjerovanja ili jednostavno razmišljanja, svojevrsni kognitivni obrazac, danas je individualizirana, refleksivno provučena kroz iskustvo istraživača i *gola* stavljena pred nas. Teme koje izabire Scheper-Hughes za svoje etnografije, kao ova o rođenju mrtvorodenčadi ili, jednako bolna, tema o ilegalnoj trgovini ljudskim organima u Indiji ili krađi organa u brazilskim *favellama*, su izuzetno emotivne, ali i emotivno ispisane, patnja je opisana u detalje, a stil je literarni što dozvoljava još dodatno „stiliziranje patnje”. S jedne strane nam to jasnije otkriva etnografiju, pa i medicinsku, kao tekst, a naše *podatke* kao njegove stilizirane sastavnice, no s druge strane logično se otvara pitanje zašto su sada u medicinskoj etnografiji najznačajnija djela upravo ona u kojima su prisutni tako eksplicitni i detaljni opisi ljudske

patnje? Što naše doba čini dobrim receptorom za patnju? I zašto zapravo medicinski antropolozi provode vrijeme istražujući patnju i bol?

Odgovor bih potražila u sposobnostima takvih etnografija da snažno, duboko i potresno utječu na sve koji ih čitaju i na taj način direktno progovaraju zagovarački i aktivistički! Neskriiveni aktivizam ili, u najmanju ruku, vrlo otvorena potreba za konkretnom primjenjivošću medicinskoantropoloških istraživanja prisutni su u mnogim radovima na medicinske teme u humanističkim i društvenim znanostima, o čemu će više biti riječi u šestom poglavlju. Na ovom mjestu smatram potrebnim objasniti *emotivnost* koja obilježava ovaj rad u značajnom segmentu²⁴.

Ako se slažimo s konstatacijom da su etnografije tekstovi koji su u navedenim slučajevima i književni, onda ih književno-kritičkim alatima postmoderne književnosti možemo optužiti i za svojevrsnu *igru* sa svojim čitateljima. Naime, na sličan način na koji surovo nasilje u filmovima Quentina Tarantina ne postoji zato da bi se prikazalo nasilje, već se distorzira stvarnost da bi se ukazalo na njezinu konstruiranost, tako ni eksplicitna patnja u suvremenim medicinskim etnografijama ne postoji samo zato da bi čitatelje šokirala svirepošću i okrutnošću života “drugih”, već ukazuje na proces konstruiranja, stvaranja teksta danog kroz pogled i opis jedne jedine osobe – etnografa. Što je etnografski tekst “literarniji”, to smo uvjereniji u njegovo autorstvo, ali i udaljeniji od iluzije da se radi o *stvarnosti*. Čini se, međutim, da se tu opet stvaraju neki novi “Drugi” – oni koji pate i čiji životi su toliko nezamislivo okrutni su “drugi” osobi koja ih promatra u njihovoj patnji, čak i ako, ili upravo zato što se ta osoba želi boriti za poboljšanje takvih uvjeta njihovog života. “Drugi” su ovdje oni koji su bolesni, tužni, nesretni, ponekad nazivani i “medicinskim manjinama”, čije priče su dovoljno potresne

²⁴ Emotivnost se može smatrati trenutno velikim trendom (2008.) u primjenjivim poddisciplinama sociokulturne antropologije kao što su medicinska ili vizualna antropologija. Etnografski filmovi kao npr. oni s popisa filmova prihvaćenih na poznatom festivalu etnografskih filmova na Sardiniji 2008. godine (SIEFF 2008), u velikom broju prikazuju potresne, tragične i emotivne priče pojedinaca, ne više običaje ili zanimljive dijelove kulturne svakodnevnice. Što se tiče vizualne antropologije, ovakav pristup etnografskom filmu čini se gotovo kao profesionalno biranje “lakšeg puta” jer je film posebno zahvalno i glasno sredstvo proizvodnje željenog utjecaja na publiku kroz prikazivanje patnji ili stradanja. A publika ostaje voajerski zahvalna što se tako nešto događa samo drugima i samo na filmu. Može se pretpostaviti da to neće biti smjer za budući razvoj vizualne antropologije, osim ako je ne želimo svesti na čisti aktivizam, a tada je princip – što više, to bolje.

da ih se čuje – opet razmjerno opasan položaj moći u rukama etnografa. No, sociokulturna antropologija jest znanost o drugome i koliko god bili pažljivi s (ne)uspostavljanjem odnosa moći, bez njega ne možemo ni uspostaviti svojega “drugog”. Zbog te pozicije mimikrije prema svojim kazivačima često bih se uplašila vlastite reakcije kada bih nakon, primjerice, dugog intervjua s osobom koja se nalazi u zadnjem stadiju raka, izašla na ulicu i odahnula s velikim olakšanjem.

Kako sve to teoretski promišlja Nancy Scheper-Hughes i koje elemente njezine metodologije uključujem u svoj rad? U uvodu gore spomenute knjige autorica navodi:

Svakodnevno nasilje, političko ili u vlastitom domu, užas i ludilo – teške riječi i teme za antropologe. Iako ova knjiga nije za one slabih živaca (dakle, svako igranje s čitateljevom recepcijom prezentirane patnje je namjerno, op. a.), ona vraća antropologiju njezinim korijenima otvarajući – iako ne i nudeći konačne odgovore na njih – pitanja moralnog i etičkog relativizma. (Scheper-Hughes 1993:21)

Naime, Scheper-Hughes tvrdi da treba “zamijeniti” staru, “mušku” antropologiju, koja se bavila razumom, racionalnošću i razlikama u obrascima mišljenja, novom, više “ženskom” antropologijom koja će se baviti načinima na koji se ljudi odnose jedan spram drugoga i jedni spram drugih te uključivati pitanja ljudskih odnosa i etike (Scheper-Hughes 1993:21). I nastavlja, “ako ne možemo početi misliti o kulturnim institucijama i praksama u moralnim i etičkim okvirima, tada mi se antropologija čini slabom i bespotrebnom” (ibid.). “Militantnost” autoričina diskursa i njezina sklonost feminističkim teorijama (koju ne dijelim s autoricom jer smatram da je jednako stereotipno nazivati novu, “bolju” antropologiju ženskom, kao i onu staru, “lošiju”, “nadiđenu” muškom) su već dobro poznati i svakako već dio akademskih, antropoloških legendi o antropolozima samima te ih je ovdje nepotrebno detaljnije obrazlagati. No, njezino inzistiranje na etičkom i moralnom u antropološkom istraživanju, ne samo na razini govorenja o tome, već i na razini utjelovljenosti njenih ideja u sam njen rad, je ono što daje metodološku novinu njezinim radovima i što koristim u analizi rezultata svog istraživanja.

Prema autorici,

antropologija podrazumijeva skok “izvan sebe” prema nekom začudnom “drugom-koji-nije-ja”, (...) a takav skok zahtijeva popriličnu dozu istinskog strahopoštovanja prema nepoznatom (Scheper-Hughes 1993:24)²⁵.

U tom procesu, značajnu transformaciju prolaze i etnograf-skakač i “drugi” i čista je iluzija da etnografi “ostavljaju pijesak kojim prolaze bez traga svojih sandala”, ali ono što **nikada ne smije biti kompromitirano** i stavljeno u pitanje tijekom istraživanja jest etnografova osobna pouzdanost i odgovornost Drugom” (Scheper-Hughes 1993:23). Upravo tu **neupitnu pouzdanost i potpunu odgovornost Drugom** autorica naziva primarnom etikom antropološkog istraživanja.

Ta odgovornost bi se trebala ogledati u: jasnom, poštenom i potpuno iskrenom opisivanju i analizi događaja, otkrivanjem načina rada na terenu (s povremenim dozvoljenim pogledom iza scene), i time pomaganjem čitatelju da sudjeluje u razumijevanju samoga procesa formiranja etnografskih činjenica u svakodnevnicu istraživanih, ali i u etnografiju kao konačnog proizvoda cijelog pothvata. Na taj način zapravo omogućujemo čitateljima da sami bolje procjenjuju način na koji je istraživanje rađeno kao i tvrdnje i zaključke koji su doneseni.

Etnografija koja nastaje na taj način jest otvorena te dozvoljava mnogostruka čitanja i alternativne zaključke. Upravo me ideja mogućnosti alternativnih zaključaka o alternativnoj medicini privukla teorijama i načinu rada Nancy Scheper-Hughes i zapravo je epistemološki okvir u kojem se pokušavam kretati. Mogućnost da nakon svake ispisane rečenice postavim pitanje: jesam li i u ovoj rečenici neupitno i potpuno odgovorna “Drugom”, me na određeni način usmjerila na kritičnost prema vlastitom radu, olakšala donošenje zaključaka, ali i na ciljani odabir unutar ponuđenih mogućnosti.

²⁵ Definicija pomalo podsjeća na jednu od najpoznatijih definicija antropologije, onu Margaret Mead prema kojoj je “antropologija uranjanje sebe u svakodnevni život drugih ljudi: uranjanje je korisno, samo morate paziti da se ne utopite”

3.2 Kvantitativno i kvalitativno u medicinskoj antropologiji

Iako je ovo istraživanje, kako je već nekoliko puta istaknuto, kvalitativno, i kvantitativna analiza prikupljenih podataka ne bi bila opravdana s obzirom da uzorak nije dovoljno veliki za ozbiljne statističke analize, vrlo kratko ću se osvrnuti na način na koji medicinska antropologija koristi kvantitativna, a na koji način kvalitativna istraživanja. Time se može dijelom objasniti činjenica da su danas u medicinskoj antropologiji kvalitativna istraživanja izuzetno popularna, te da su u posljednje dvije godine napisani su brojni članci (*Medical Anthropology Quarterly*, *Qualitative Health Research*, *Journal of American Medical Association*) o tome kako bi svi klinički intervjui zapravo trebali biti otvoreni etnografski intervjui i kako bi vođenje etnografskih intervjua i bilješki o naracijama o bolesti (*illness narratives*) ili pričama pacijenata (*patients' stories*) trebalo biti dio obrazovanja za sve liječnike na biomedicinskim fakultetima. No, takav pogled je uistinu vrlo moderan i još uvijek, čini se, samo na razini pisanja znanstvenih članaka prvenstveno biomedicinskih liječnika koji su se u svojoj praksi suočili s nedostacima načina na koji promatraju svoje pacijente pa su se priklonili medicinskoj antropologiji (spomenuti Kleinmann, Eisenberg, Kaptchuk, a i Scheper-Hughes je primarno liječnica).

Međutim, mnoge medicinskoantropološke studije rado uključuju i kvantitativne podatke u svoje analize, prvenstveno stoga što je kod kliničkih studija i istraživanja, ali i kod epidemioloških, te kod istraživanja načina na koji određena bolest egzistira u jednoj kulturi, statistika također važna. Statistički podaci će u medicinskoantropološkim analizama najčešće poslužiti kao uvid u problem koji daje brojčani pregled nad situacijom i eventualno ukazuje na raširenost i prisutnost određenog problema, ali neće biti fokus istraživanja.

Kvantitativna društvena istraživanja u biomedicini su najčešće dio discipline koja se naziva medicinskom sociologijom, a većinom se bavi ulogom biomedicine u društvu, odnosima unutar nje (liječnik-pacijent), ulogama pacijenata i liječnika u društvu te sociodemografskim značajkama i karakteristikama pacijenata. Autor kojega ovdje citiram po pitanjima medicinske sociologije je Graham Scambler (2003), profesor na University College London, Velika Britanija, koji već dvadesetak godina piše na temu medicinske

sociologije, a djelomično se bavi i istraživanjem razloga zbog kojih pacijenti odlaze liječniku i faktorima koji utječu na njihovo ponašanje tijekom bolesti (*illness behaviour*). Neki od njegovih podataka i rezultata koristit će se za usporedbu rezultata analize u ovom istraživanju.

Kada govori o novijim istraživanjima razloga zbog kojih pacijenti općenito odlaze liječnicima, Scambler citira istraživanje iz 1981. godine (Cartwright i Anderson 1981) u kojem autori navode da jedna četvrtina liječnika opće prakse u Velikoj Britaniji tvrde da im sve veći broj (više od 50 %) pacijenata dolazi zbog “trivijalnih, nepotrebnih ili posve neprimjerenih” razloga. Ovo je izuzetno značajan podatak koji se uklapa u rezultate mogega istraživanja zbog toga što jedan veliki broj mojih kazivača navodi da odlazi u KAM jer je ono što njih muči nepriznato, neprihvaćeno ili nedovoljno “bolno” da bi ih se ozbiljno shvatilo u biomedicini. Zanimljivo je i to da sami liječnici biomedicine definiraju razloge zbog kojih ih pacijenti posjećuju kao *trivijalne ili nepotrebne*, unaprijed donoseći sud o pacijentima i oduzimajući im svaki oblik moći ili odlučivanja o njihovoj vlastitoj situaciji, te im potpuno izmiču kontrolu nad njihovim zdravljem, jer je biomedicinski sustav ionako u rukama medicinskih institucija znanja, pa onda i moći. On jednostavno ne pripada pacijentima, jer oni ne posjeduju potrebno znanje – naime, zato institucije društva i nastaju. Međutim, institucije društva imaju i određenu svrhu, a to je zadovoljiti potrebe onih koji su ih i uspostavili. Kada pacijent dobiva verbalnu ili neverbalnu poruku od institucije društva u kojoj je potražio pomoć da je njegov zahtjev nepotreban ili nerealan, potražiti će je u sustavu koji njegov zahtjev smatra opravdanim, a to je u ovom slučaju, što potvrđuje i moje istraživanje, komplementarna i alternativna medicina. Naime, oko 30 % ispitanika dolazi u KAM nakon što su im biomedicinski testovi uredni, a oni se i dalje osjećaju loše ili nakon što se dugotrajnim istovrsnim liječenjem relativno jednostavnih tegoba, primjerice glavobolje ili nesаницe, koje su psihosomatske i nedokazive biomedicinskim testovima, *uvjere* u neučinkovitost toga što im je ponuđeno, nova rješenja se ne nude, a oni i dalje imaju isti problem.

Prema istom istraživanju (Cartwright i Anderson 1981), koje je provedeno na nacionalnoj razini²⁶, najčešće tegobe s kojima pacijenti dolaze liječnicima opće medicine, dakle one tegobe koje liječnici smatraju trivijalnim ili nevažnim, su (nabrojane po učestalosti): glavobolja, nedostatak energije, umor, tjeskoba, depresija ili nervoza, bolovi u zglobovima ili mišićima ruku i nogu, menstrualni bolovi, bolovi u trbuhu, bolovi u leđima, prehlada ili začepljeni nos, bol u grlu i nesаница. Vrlo sličnu listu najučestalijih tegoba mogla bih sastaviti i sama na osnovu rezultata svojega istraživanja. Kao simptomi koje bi liječnici “logično” mogli doživjeti kao “trivijalne i nevažne” odmah se ističu umor, nedostatak energije, tjeskoba, depresija i nervoza pa često i bolovi u različitim dijelovima tijela za koje biomedicinski testovi ne pronalaze fiziološki uzrok. Prema kazivanjima mojih kazivača, biomedicinsko definiranje tih simptoma kao trivijalnih ih ne čini ništa manje iskustveno *stvarnima*. Međutim, treba naglasiti da KAM ne rješava samo simptome koje biomedicina ne priznaje: većina kazivača bolovala je od biomedicinski definiranih i ponekad vrlo ozbiljnih bolesti koje nisu uspješno izliječili u biomedicini, ali jesu u KAM-u, za što su često svojim terapeutima i iscjeliteljima morali donositi biomedicinsku dokumentaciju prije i poslije tretmana. (Česte su priče pacijenata kako sami liječnici biomedicine ne bi vjerovali izuzetno dobrim nalazima i slali ih ponovo na provjeru). S druge strane, kako osoba koja nije liječnik biomedicine čita biomedicinsku dokumentaciju je zanimljivo pitanje na koje ću pokušati kasnije odgovoriti.

Kvantitativna istraživanja u medicini se bave i sociodemografskim značajkama pacijenata i određuju koliko rod, godine, društvena klasa, etničko podrijetlo, obrazovanje, obitelj i sl. utječu na to što će pojedina osoba poduzeti suočena sa svojom bolešću. Ta istraživanja daju relativno dobre podatke o tome tko i u kojim slučajevima odlazi kojem

²⁶ Kako je riječ o istraživanju koje je provedeno u Velikoj Britaniji potreban je oprez pri korištenju podataka koji se odnose na britansku situaciju za komparaciju s podacima koji pokazuju stanje u Hrvatskoj. No, ovdje se ne radi o komparaciji jedne i druge situacije (komparativna metoda ima po mom sudu unutar recentne medicinske antropologije samo ograničene mogućnosti), već podaci služe kao potvrda zaključaka do kojih dolazim, a podaci o najučestalijim tegobama te o stavu biomedicinskih liječnika prema njima se izuzetno dobro podudaraju sa saznanjima do kojih sam došla na temelju vlastitog istraživanja. Naposljetku, i Velika Britanija i Hrvatska su zemlje s dominantnim biomedicinskim sustavom, dio zapadne kulture, kako to definiraju sociokulturni antropolozi, dok je medicinska heterogenost u oba slučaja relativno novijeg datuma (britanski teoretičari govore o 1970-ima kao početku snažnijeg upliva KAM-a na medicinsku scenu u Britaniji) i nadasve šarolika. Slično istraživanje razloga zbog kojih pacijenti traže liječničku pomoć u Hrvatskoj nije mi poznato.

liječniku, ali ne daju nikakva objašnjenja o tome zašto se to događa, na koji način, koji su razlozi za to, kako sami pacijenti to objašnjavaju i ne bave se širim osobnim, lokalnim, političkim, društvenim, religijskom kontekstom u kojemu se sve događa. Takav pristup nalazimo samo u kvalitativnim istraživanjima što je jedan od razloga njihove rastuće popularnosti. S druge strane, kvantitativna istraživanja su dobro pomagala u slučaju kada trebamo objasniti različite oblike ponašanja i usustaviti ih kako bismo ih lakše prezentirali i analizirali. Jedno od takvih pomagala kojime ću se služiti u analizi faktora koji utječu na izbor terapije, odnosno medicinskog sustava i općenito na načine na koji osobe reagiraju na pojavu bolesti je lista varijabli koju Scambler (Scambler 2006:41) preuzima od Mechanica (Mechanic 1978). Prema Mechanicu, sljedeće varijable najviše utječu na načine na koji se ponašaju osobe suočene s bolešću: vidljivost i/ili stalna prisutnost simptoma, razina do koje su simptomi od strane pacijenta shvaćeni kao ozbiljni, razina do koje simptomi ometaju svakodnevni, poslovni ili društveni život, način na koji se simptomi prihvaćaju i tumače (stigma, sažaljenje, briga) u neposrednoj okolini pacijenta (obitelj, posao), informacije, znanje, vjerovanja i kulturna shvaćanja pacijenta i njegove okoline, zadovoljavanje drugih potreba koje se kose s traženjem medicinske pomoći i, naposljetku, dostupnost različitih terapija, njihova blizina te psihološki i novčani troškovi odlaska određenom liječniku/terapeutu koje pacijenti sami procjenjuju (fizička udaljenost, uloženo vrijeme, trud i novac, moguća stigma, osjećaji poniženja ili socijalne distance). Ovu listu varijabli ću djelomično usporediti sa vlastitim saznanjima o tome zašto su kazivači-klijenti birali određenog terapeuta/terapeutkinju, odnosno određeni medicinski sustav.

Otprilike krajem 1970-ih i tijekom 1980-ih godina u pisanjima medicinskih sociologa (Robinson 1980, Kellecher 1994, Scambler 2003) primjećuje se sve veći utjecaj medicinskoantropoloških teorija, posebno Arthura Kleinmanna, čije su teorije detaljno objašnjene u drugom poglavlju ovoga rada. Čini se da sociolozima postaje zanimljiv i onaj dio medicinske stvarnosti koji se odvija prije, poslije, usporedo s ili, jednostavno, izvan okvira biomedicine. U tom smislu često citiraju Kleinamna i njegovu podjelu na profesionalni, popularni i tradicijski sektor, shvaćajući da profesionalni zauzima najmanji dio medicinske svakodnevnice ljudi u zapadnim društvima. U tom

razdoblju nastaje i sintagma, medicinsko sociološka, o tzv. *ledenom brijegu* simptoma koji bivaju konzultirani kod liječnika biomedicine. Razloge pronalaze u sve većoj popularnosti i dostupnosti različitih lijekova koji su dostupni u ljekarnama i za koje nije potreban liječnički recept (Wadsworth, Butterfield i Blaney 1981, Dunnell i Cartwright 1982), ili se ipak traži recept, ali farmaceutska industrija danas funkcionira vrlo nezavisno od primarnoga medicinskog sustava koji ju je stvorio i tržišno je orijentirana što olakšava nabavku svakog lijeka. Takav način samoliječenja se u stručnoj literaturi definira kao *self-treatment* ili *self-medication*, a lijekovi koji se na taj način koriste su *OTC medicines* ili *over the counter medicines* (“lijekovi ispod pulta“). Prema već navedenom istraživanju Dunnella i Cartwrighta, 67 % ispitanika koje su nalazili u čekaonicama opće prakse koristilo je neki oblik samoliječenja u razdoblju od dva tjedan prije dolaska u ordinaciju. Što se tiče mogega istraživanja, gotovo polovica kazivača govori o lijekovima, preparatima, vitaminskim nadomjescima i nadomjescima prehrani za koje su čuli od prijatelja, članova obitelji, koje su pronašli oglašavane u medijima, vidjeli na reklami te kupili i probali bez recepta, nakon što nisu našli rješenje za svoje poteškoće u biomedicini, a prije nego što su došli u KAM. Za razliku od situacije u Velikoj Britaniji, moji kazivači tvrde da su na pojavu simptoma prvo krenuli u biomedicinski tretman, bezprethodnog eksperimentiranja sa samoliječenjem. Je li to posljedica naslijeđa socijalizma i tada postojećeg zdravstvenog osiguranja za sve, ili je još uvijek veće povjerenje u liječnike nego u lijekove, ili je jednostavno, prekratko razdoblje u kojem lijekovi bez recepta u velikom broju za raznolika oboljenja postoje u Hrvatskoj, pitanja su na koja treba istraživanje odgovoriti. . Čini se da je put u medicinskom pluralizmu u Hrvatskoj onih koji imaju zdravstveni problem, a ne mogu ga riješiti – biomedicina → popularni sektor (samoliječenje) → komplementarna i alternativna medicina. Većina mojih kazivača i u KAM-u nastavlja koristiti različite preparate za poboljšanje zdravlja (vitaminski nadomjesci ili *new age* verzije – *ginko biloba*, *spirulina*, *zelena magma*) ili koriste neke nove koje im preporučuju terapeuti/terapeutkinje, naglašavajući uvijek da su to “prirodni” preparati i da im (bar) ne mogu naškoditi.

Druga skupina razloga²⁷ zbog koje se medicinska svakodnevnica u zapadnim društvima odvija izvan biomedicine je brz i snažan razvoj i sve veća popularnost različitih grupa samopomoći (Kelleher 2001, Scambler 2003). Najpoznatiji po medijskoj prezentaciji u lošim američkim *sitcomima* su svakako udruge anonimnih alkoholičara, koji danas postoje i u Hrvatskoj, zajedno sa svojom postmodernom inačicom udruga za potporu za nadzor prekomjerne težine (*Weight Watchers*), ali postoje i mnogo ozbiljnije udruge oboljelih od kožnih bolesti, depresije, hipertenzije, raka, shizofrenije, itd. (Scambler 2003). U Hrvatskoj ih zaista ima sve više. U posljednjih pet godina se njihov broj izuzetno povećao: udruge oboljelih od raka (dojke), udruge roditelja djece s cerebralnom paralizom, udruge roditelja djece s buloznom epidermolizom, udruge oboljelih od PTSP-a, itd. Njihova uloga, kako je vidi Kelleher, je samo djelomično komplementarna s biomedicinom i biomedicinskim tretmanom koji je vezan uz njihovu bolest, takve grupe reflektiraju i “subverzivnu spremnost da propituju znanje liječnika i potrebu da valoriziraju vlastito iskustveno znanje” (Kelleher 2001 u: Scambler 2003: 44). Ovdje treba izdvojiti ideju o *subverzivnoj potrebi* da se propituje medicina, što se nikako ne može odnositi na roditelja čije je dijete ozbiljno bolesno – subverzivan definitivno ne želi biti. Možda je interesantnija teza o vlastitom iskustvenom znanju pacijenata kao važnom i relevantnom i tu je evidentan utjecaj medicinske antropologije na današnju medicinsku sociologiju. S druge strane, medicinski sociolozi su skloni promatrati takve grupe za samopomoć i udruge oboljelih kao društvene pokrete, a neki autori (Goldner 2004) smatraju komplementarnu i alternativnu medicinu društvenim pokretom, no tu postavku snažno kritiziram u diskusiji. Ideja okupljanja i udruživanja kako bi se riješio određeni medicinski problem u mojemu istraživanju je relevantna jer sam u jednom slučaju i sama sudjelovala u radu jedne od grupa:, mnogi kazivači su tražili pomoć u iscjeliteljskim grupama, a poneki tretmani s kojima sam se susrela tijekom svojega istraživanja su bili grupni. Stoga mi Kelleherova podjela služi kao pomoć u analizi, iako je važno naglasiti da se ne bavim *new age* grupama, koliko god se to činilo zanimljivim, nego samo onima koje kao osnovni cilj svog postojanja navode iscjeljenje i poboljšanje situacije (što ih opet razlikuje od savjetodavne uloge udruge primjerice roditelja djece oboljelih od anoreksije i bulimije). Boravljenje u grupi ljudi koji imaju

²⁷ Iako ih se prije može nazvati posljedicama nego razlozima.

slične ili različite, ali opet iskustveno stvarne medicinske probleme, omogućava klijentima da zauzmu određenu poziciju kontrole među ljudima koji slično razmišljaju, da im njihova bol i bolest bude dozvoljena kao legitimna, da konstruiraju osobne i zajedničke naracije o bolesti (koje se izmjenjuju na takvim grupama) te da se resocijaliziraju kao *normalni* ljudi koji slučajno imaju ovu ili onu poteškoću.

Treća skupina razloga izmicanja medicinske stvarnosti iz ruku biomedicine je sve veća popularnost komplementarne i alternativne medicine. Podaci dobiveni u nekoliko istraživanja provedenih u Velikoj Britaniji tijekom 1990-ih (Thomas et al. 1991, Fulder 1996, Emslie et al. 1996, Cant i Sharma 1999) potvrđuju da industrija nekonvencionalne medicine raste u posljednja dva desetljeća mnogo brže od ortodoksne medicine, da danas u Velikoj Britaniji ima 60 % više terapeuta iz različitih podvrsta KAM-a nego liječnika opće prakse, te da broj klijenata koji odlaze u KAM uistinu raste strelovitom brzinom: dok je 1986. godine jedna od sedam osoba odlazila u KAM, 1992. je odlazila jedna od četiri osobe, a 1995. jedna od tri osobe potražila je pomoć KAM-a. Za Hrvatsku, nažalost, nema konkretnih podataka. Kada pokušavaju naći razloge takvoj situaciji, medicinski sociolozi tvrde da se radi o sve većem nezadovoljstvu biomedicinom u zapadnim društvima u posljednja dva desetljeća (Scambler 2003). Nadalje, tvrde da je važna i činjenica da sami terapeuti naglašavaju duže vrijeme provedeno s pacijentima te holističku orijentaciju njihovog liječenja koje se bavi “cjelokupnim zdravljem, ne samo simptomatologijom” (Bakx 1991). No, mnogi (Saks 1994) ostaju pri tvrdnji da, iako KAM predstavlja svojevrsan izazov za biomedicinu i njezin položaj u zapadnim društvima, nema pravih dokaza da je legitimitet biomedicine ozbiljno poljuljan. S druge strane najrecentnija istraživanja u medicinskoj sociologiji često koriste saznanja medicinske antropologije pa tako i Scambler citira vjerojatno danas najpoznatije i najcjelovitije istraživanje medicinskog pluralizma u Velikoj Britaniji koje 1999. godine rade Sarah Cant i Ursula Sharma (Cant i Sharma 1999), prema kojemu su najčešći korisnici usluga KAM-a u Velikoj Britaniji žene, pripadnice srednje klase, u srednjoj životnoj dobi, svjesne svog zdravlja i upoznate s idejom zdravog života.

Opisana istraživanja i njihovi rezultati utjecali su na sastavljanje okvira za ovo istraživanje kao i na konkretizaciju osnovne problematike, te na formuliranje osnovnih hipoteza istraživanja. Neke od postavljenih teza su se pokazale točnima, a neke potpuno pogrešnima: naime, prema mojemu istraživanju ne postoji značajna razlika u rodu, dobi ili obrazovanju općenito kod korisnika KAM-a, što većina drugih istraživanja navode kao važno.

Ovaj kratki prikaz kvantitativnih istraživanja korištenih kao polazište za postavljanje hipoteza i dijelom za osmišljavanje osnovnih okvira ovog rada u poglavlju o metodologiji navodim iz dva razloga. Prvi je motiv, što su usmjerila moje hipoteze, ali i zato što jasno, kroz statističke podatke pokazuju da nije samo komplementarna i alternativna medicina razlog zbog kojeg se percepcija i recepcija biomedicine u zapadnim društvima mijenja. Naime, budući da su kvalitativna istraživanja uvijek usmjerena i fokusirana na određenu temu ili problem i stoga mnogo detaljnija te rezultiraju mnogo korisnijim podacima, ona ipak, na neki način gube istraživački pregled *izdaleka* i *odozgo*, karakterističan za kvantitativna istraživanja..S druge pak strane, smatram zanimljivom činjenicu da se *sterilna* medicinska sociologija s početka 1970-ih u posljednjih nekoliko godina često i rado koristi istraživanjima i podacima iz medicinskoantropoloških istraživanja, što ukazuje na njihovu opravdanost i metodološku ispravnost za istraživanje recentne medicinske svakodnevnice u zapadnim društvima i kulturama.

3.3 Etički principi kvalitativnih istraživanja zdravstvenih sustava

O tome kako etičnost u medicinskoj etnografiji tumači Nancy Scheper-Hughes bilo je već govora (vidjeti odjeljak ---. Osim njezinog izrazito aktivističkog stava, veliki broj medicinskih antropologa, i to, zanimljivo, vrlo često liječnika biomedicine koji se priklanjaju medicinskoj antropologiji, bavi se osnovnim pitanjima kako i na koje načine njihova istraživanja mogu i moraju biti etička, te koji su to osnovni etički principi koje jedno istraživanje nečega toliko intimnog kao što su to bolest, patnja, zdravlje,

zadovoljstvo, sreća, mora slijediti. Ovdje ću kratko predstaviti neke od članaka koji se bave tom tematikom, s jedne strane kako aktivistički pristup medicinskoj etnografiji ne bi bio jedini pristup predstavljanju metodologije, a s druge strane kako bi objasnila pojmove kao što su kulturna kompetencija u kliničkom intervjuu i etički problemi kliničkog intervjuja jer su ta pitanja i problemi za medicinsku antropologiju (često primijenjenu) bila logičan razvojni put do onoga što danas svi poznaju pod nazivom narativna medicina. O narativnoj medicini će više govora biti u poglavlju 3.4.

Kada jedan od vodećih autoriteta u medicinskoj antropologiji 20. stoljeća, Charles C. Hughes²⁸, 1992. godine u časopisu *Qualitative Health Research* piše članak pod naslovom koji u slobodnom prijevodu glasi “*Etnografija – je li to proces, proizvod ili obećanje?*”, jasno je da se u disciplini nešto događa. Etnografija, naime, postoji već nekoliko stoljeća, u svojim različitim razvojnim oblicima i postaviti sada ovako temeljno pitanje o tome što etnografija jest očigledno naznačuje potrebu medicinske antropologije da se ozbiljnije pozabavi tom temom i (re)definira je u skladu s novim potrebama, ali i zahtjevima discipline. Hughes zagovara potrebu korištenja „etnografske metode”, kako je on naziva, u svim mogućim situacijama i locusima istraživanja zdravstvenih sustava bilo da se radi o “operacijskoj sali, čekaonici, ordinaciji, staračkom domu, jedinici intenzivne njege, getu, selu okruženom žbunjem, obiteljskoj dnevnoj sobi, izbjegličkom kampu i sl.“ (Hughes 1992:443). Osnovna tehnika etnografske metode prema njemu jest intervju, ali intervju koji je drugačiji od onog u ostalim bihevioralnim znanostima, kojega karakterizira njegova otvorenost, reagiranje na informacije, podatke i sugestije (ali i neverbalnu komunikaciju, izgled, stav, emocije) koje etnograf neposredno dobiva od kazivača te postavlja pitanja koja nisu određena, već pita samo onda “*kada je to prikladno i kada postoji* (u dosadašnjoj interakciji između etnografa i kazivača) *nešto o čemu je vrijedno pitati*” (Hughes 1992:444). Upravo takva ideja etnografskog intervjuja u posljednjih nekoliko godina ulazi na velika vrata na američke klinike i koristi se sve češće u kliničkim intervjuima s pacijentima, iako ponekad i nespretno, što ćemo kasnije vidjeti u članku Arthura Kleinmana. Ta interaktivnost intervjuja, što bi Mihail Bahtin (1981) nazvao dijaloškim karakterom, je nešto što sam često primjenjivala tijekom

²⁸ Profesor antropologije, obiteljske i preventivne medicine na Sveučilištu u Utahu, Salt Lake City, SAD.

vlastitoga istraživanja, ponekad imajući dojam da nije moguće dovoljno se pripremiti za određeni intervju, ali *nešto o čemu bi vrijedilo pitati* se uvijek pronašlo.

Postavlja se pitanje, što je toliko posebno u etnografskoj metodi i ovakvom načinu vođenja intervjua da danas nailazi na sve širu primjenu u istraživanjima zdravstvenih sustava, čak i biomedicine? Prema Hughesu, osnovna posebnost jest činjenica da etnografska metoda kreće od studija slučaja (*case study*), koja ima snažan ekspresivni modalitet koji “mnogo jasnije i dugotrajnije potiče ljudsku empatiju i time bolje prenosi znanje koje je mnogo više od apstraktnih generalizacija” (Hughes 1992:448). Dakle, čini se da je cilj ovako postavljene etnografije zainteresirati čitatelja i prenijeti mu znanje koje nije samo znanje već uključuje i empatiju, tj. mogućnost uživljanja u ulogu druge osobe (o čemu se, usput, dosta uči na biomedicinskim fakultetima), odnosno, uključuje i osjećaje?²⁹ Drugim riječima, njen osnovni cilj je emotivno uključiti čitatelja koji je s punom odgovornošću zakoračio u svijet Drugog – tj. da bude etička.

Čini se da smo se, krećući iz drugog smjera, vratili na ideju osjećaja i važnosti etičnosti kao jednog od temeljnih načela istraživanja i pisanja u medicinskoj antropologiji, koju su naznačili Charles Leslie i Nancy Scheper-Hughes i o čemu je već bilo govora, ali i na njihovu pomalo grandioznu retoriku jer Hughes zaključuje: “Kako odgovoriti na pitanje postavljeno u naslovu ovog članka – je li etnografija proces, proizvod ili obećanje? Odgovor je jednostavan: odbacit ćemo nametnutu nam strukturu pitanja i jednostavno reći “da”, kao odgovor na sve” (Hughes 1992:449).

U posljednjih nekoliko godina (Krause 2003, Kleinman 2006, Kaplan-Myrth 2007, Collins 2007, Morse 2007, Carter, Jordens, McGrath i Little 2008) problem se etičnosti kvalitativnih istraživanja te osnovnih etičkih principa samoga procesa vođenja medicinsko-etnografskih intervjua i unutar i izvan kliničkog *settinga*, detaljnije problematizirao. (Zanimljivo se spomenuti jedan članak na tu temu iz rujna 2008. godine znakovita naslova: “*I što ćemo sada sa svim tim smećem?*”, a govori o problemu

²⁹ Ovdje bih samo željela naglasiti da se nikako ne radi o antropološkoj nemogućoj misiji “postajanja Drugim” – govori se samo o mogućnosti osjećanja za Drugoga. No, ako to “osjećanje” pretvorimo u “suosjećanje” vrlo smo, blizu kolonijalnog i orijentalističkog diskursa o “jadnim” Drugima.

strukturiranja i analize podataka dobivenih kvalitativnim istraživanjima zdravstvenih sustava.)

Jedna skupina članaka se bavi primjenom etnografske metode u kliničkim intervjuima. Iako su vrlo interesantne, u studijama koje pišu liječnici biomedicine (Morse 2007) pokušava se dokazati da su kvalitativna istraživanja zdravstvenih sustava nepotrebna, da istraživači ionako samo smetaju, da ometaju procese rada u klinici, da nemaju pojma ni o čemu te da ne znaju i ne mogu zaštititi privatnost pacijenata jer ih pitaju suviše intimne i osobne stvari prema kojima ih svatko može prepoznati ukoliko se podaci objave. U tom kontekstu ovdje ću ukratko prikazati članak Arthura Kleinmana (2006) o problemu kulturne kompetencije u etnografsko-kliničkim intervjuima. Nije potrebno posebno naglašavati da je koncept kulturne kompetencije jasan etnologzima i sociokulturnim antropolozima, ili ga barem oni takvim smatraju. Na ovom mjestu zanimljivo je promotriti kako se etnografski intervjui i etnografske metode istraživanja, a to je termin koji stručnjaci u području biomedicine koriste, mogu konkretno (iako ne nužno i uspješno) primijeniti u kliničkom okruženju. No, ono što želim pokazati kroz ideju o etnografsko-kliničkom intervjuu jest da je etnografija metoda istraživanja u društvenim i humanističkim znanostima koja će tek doživjeti svoju punu primjenu i procvat u budućnosti i koja se već počela koristiti u biomedicini te da se ipak, iako polako, događaju promjene na razini i unutar same biomedicine (ostaje pitanje jesu li uzrokovane činjenicom da KAM zauzima sve veći prostor) koje idu u smjeru njezine veće okrenutosti prema pacijentima i pokušaja izlaska iz strogih okvira fenomenoloških i empiričkih saznanja.

Kleinman (2006) u spomenutom članku navodi kako je “kulturna kompetencija” danas vrlo popularan termin kod istraživača i kliničara, ali da je osnovni problem njihovo shvaćanje kulturne kompetencije kao tehničke vještine koju svatko može naučiti adekvatnim treningom. Kulturna kompetencija bi u ovom kontekstu bila posjedovanje znanja o kulturama pacijenata koje liječnicima biomedicine omogućava da im lakše pristupe u samom procesu liječenja. No, prema Kleinmanu, biomedicina ima svoju viziju *kulture* i u biomedicinskom okružju kultura je shvaćena kao sinonim za etnicitet,

nacionalizam i jezik. Primjerice, meksički pacijent ima kulturu i “temeljni skup vjerovanja o bolesti koji su posljedica njegovog etničkog podrijetla” (Kleinman 2006:1673), dok netko tko po vanjštini izgleda kao bijelac to nema. Iako Kleinman navodi primjer iz svakodnevnice američke kulture, u Hrvatskoj tijekom istraživanja nailazim na sličnu situaciju iz pričanja nekoliko kazivača sa završenom osnovnom školom koji su kao izbjeglice u Zagreb došli iz Bosne i Hercegovine 1990-ih i koji su imali dojam da su bili predmet vrlo evidentnih stereotipa u biomedicinskoj klinici – liječnici su im objašnjavali malo ili ništa, što su kazivači komentirali riječima “kao da su mislili da ja to ne bih shvatio/la”. Ti pacijenti su nakon toga potražili pomoć u KAM-u (ali i zbog toga što u biomedicini nisu adekvatno riješili svoj zdravstveni problem). Na ovom mjestu treba spomenuti da se nijedan od mojih kazivača na slične stereotipe u KAM-u nije požalio. Zanimljiv je slučaj gospođe stare 56 godina koja je odbila otići na operaciju jetre upravo zato što joj nitko nije objasnio zašto, već joj je jednostavno rečeno da se to mora učiniti, a nije mogla odgovoriti ni na pitanje o kakvoj se operaciji trebalo raditi:

“Nitko mi nije ništa rekao zašto, ja jesam završila samo osnovnu školu i ja jesam otamo došla novo u Zagreb, ali nisam htjela ići na operaciju samo tako. Ovdje (kod terapeuta op. a.) mi se sve reklo, i što je problem i kako i meni je sad super, a nisam se mogla ispraviti od bolova”. (Vesna, 56)

Znači da se termin *kulturna kompetencija* i učenje o njoj u biomedicini svodi u načelu na skup rigidnih stereotipa o tome kako će se pripadnici određenog dijela populacije, određene etničke, rasne, rodne, starosne ili supkulturne pripadnosti ponašati u biomedicinskoj klinici i prije nego što same osobe u nju i uđu³⁰.

³⁰ Na konferenciji Europskoga udruženja socijalnih antropologa (EASA) održanoj u Ljubljani krajem kolovoza 2008. godine, u sklopu radionice pod nazivom “Od medicinskog pluralizma do terapijske pluralnosti”, David Napier, profesor na University College, London, Velika Britanija, održao je referat pod nazivom “*Is Some Training Worse Than No Training: The Problem of Empathy in Multi-Cultural Care*”. On kritički promišlja pojam kulturne kompetencije kao nečega što svi u biomedicinskoj klinici mogu naučiti, jer se, prema njemu, zapravo radi o učenju stereotipa i ideja da se određeni ljudi ponašaju na određeni način, ali i priznaje da su neki novi načini “empatizacije” biomedicine tek u samim začecima. Ograničavaju se na preporuku studentima biomedicine da slušaju kolegij iz medicinske antropologije.

Ne samo da su u epistemologiji biomedicine oni “Drugi” ti koji imaju kulturu, nego, nastavlja Kleinman (2006), čini se da je kultura nešto što pripada samo pacijentima i njihovim obiteljima, dok su liječnici sterilno i *nedužno* izvan toga. Dok je antropologija davno pokazala da *nedužnost* u ljudskim odnosima i u svim ljudskim interakcijama koje su na ovaj ili onaj način predmet znanstvenog proučavanja nije moguća, pa je stoga i ideja o nezavisnosti i objektivnosti znanosti upitna, a vizualna antropologija već desetljećima sintagmu “muhe na zidu,, u procesu prikazivanja “Drugog” smatra besmislicom, medicinska antropologija još uvijek pokušava u to uvjeriti biomedicinu, dominantan medicinski sustav u zapadnim društvima. Kleinman (2006) to objašnjava činjenicom da i sama biomedicina ima svoju “kulturu” i da je zapravo “kultura biomedicine ključni faktor za transmisiju stigme i stigmatizacije” (Kleinman 2006:1673) jer utjelovljuje i održava ideju o posjedovanju znanja, što je izjednačeno s pozicijom moći nad svima koji su izvan tog sustava i koji nemaju pristup znanju/moći/sustavu/instituciji.

Ta ideja o epistemologiji biomedicine nije nova, ali u vezi s ovakvom idejom biomedicine Kleinman (2006) u istom članku donosi i jednu definiciju kulture koja ponovo evocira termine kao što su empatija, etičnost i moralnost istraživanja.

Kultura je proces kroz koji obične, svakodnevne aktivnosti i situacije za njihove sudionike dobivaju emotivni prizvuk i moralno značenje.

(Kleinman 2006:1674)

Dakle, čini se da smo opet na već poznatom *roller-coasteru* o primarnoj važnosti naše intenzivne i imaginativne empatije u istraživanju i interakciji s kazivačima koja nam omogućava odgovorno i etički doprijeti do moralnog značenja ljudske patnje i bolesti. To znači imati mogućnost procijeniti koji su elementi, faktori, značajke ljudske situacije važni kazivačima, a ne nama, dakle pustiti da se putem mini-etnografije, kako to zove Kleinman (1992), naracije o bolesti (*illness narratives*) razvijaju same od sebe i biti svjestan da ih kreiramo u jednakoj mjeri kao i oni koji ih pričaju. Ako parafraziram riječi Franza Kafke (citirano iz Lensing 2003) o tome kako je “rođeni liječnik onaj koji osjeća glad prema ljudima”, možda je rođeni antropolog onaj koji osjeća glad prema ljudskosti.

Čini se da se u ovom dijelu poglavlja o metodologiji istraživanja stalno vraćam na iste postavke. To je, pretpostavljam, posljedica toga što pokušavam naći rješenja, ali i potvrdu za mnoga pitanja koja su se nametala tijekom samoga istraživanja i koja su djelomice ostala neodgovorena. Proces uspostavljanja odnosa sa kazivačima koji su, zbog same prirode situacije imali potrebu ispričati svoju priču i zapravo, podijeliti bol i strahove, je uvijek na kraju završio kao odnos dvoje ljudi. Ne možete se izmaknuti od nekoga tko vam govori o vlastitoj, još neizvjesnoj, borbi s rakom dojke. Osnovno pitanje koje me tada mučilo, i još me muči, jest, što je onda dobra etnografija i/ili dobar etnograf? Je li vas suze u očima zbog potresne priče koju slušate ili dijeljenje nečije sreće zbog čudesnog i neobjašnjivog ozdravljenja čine dobrim etnografom, a strah i zaziranje od teških bolesti i bolesnika lošim? Što zapravo jest moralnost u potencijalno bolnoj etnografiji? Možda sam činjenicom pukog postavljanja ovih pitanja, uspjela odgovoriti na meni, u početku nejasno, inzistiranje na emocijama u suvremenim medicinskim etnografijama. Ili, parafrazirajući naslov knjige Ruth Behar, to je antropologija koja ti slama srce (*The Vulnerable Observer : Anthropology That Breaks Your Heart*, Beacon Press, 1997). Ruth Behar u istoj knjizi zaključuje da “antropologiju koja ti ne slomi srce jednostavno nije vrijedno raditi”.

Ideja da samo pričanje traume ima terapeutsko djelovanje jest vrlo ozbiljan predmet kojim se bavi psihologija, pa neću ulaziti dublje u tu problematiku. Nabrojiti će samo nekoliko psiholoških studija koje se bave iscjeliteljskim aspektima prepričavanja traume, kao što su Schwartz i Prout 1991, Herman 1992, Eagle 2000, Kaminer 2006, Marshall et al. 2000. Mnogi kazivači su sami govorili da im je drago što su “to sve” nekome rekli, klijenti starije životne dobi su tvrdili da ionako nemaju kome to reći jer ih nitko ne sluša “dok se oni stalno žale na bolest”, a nekoliko puta sam uz smiješak dobila komentar: “o tome nisam pričao ni svojoj ženi”. Međutim, budući da nemam stručnih znanja u području psihoterapije, moje sudjelovanje u tom procesu je bilo gotovo intuitivno i, ako upotrijebim sintagmu Nancy Scheper-Hughes, prvenstveno etičko i potpuno odgovorno prema mojim kazivačima, koliko god sam na to mogla utjecati.

O samoj prirodi medicinsko-etnografskog intervjua te o osobi i ulozi istraživača u njemu, nema mnogo literature. U posljednje vrijeme nekoliko se studija (Seymour 2007)

bavi *tijelom* u etnografskom intervjuu, dakle ulogom naše vlastite tjelesnosti i tjelesnosti kazivača, promatrajući etnografski teren u medicini kao *utjelovljeno iskustvo*. Teoretski ne donose ništa novo, osim što naglašavaju da moramo osvijestiti činjenicu da smo mi na terenu tijelom, da sudjelujemo tijelom te da je naše iskustvo terena uvijek tjelesno i naše iskustveno znanje svakako uključuje i to *tjelesno znanje* kojega onda moramo biti svjesni u analizi podataka. Iako teoretski nezanimljive, ideje o tijelu u terenu su velikim dijelom utjecale na moje razmišljanje o načinima na koje su moja vlastita fizička sudjelovanja u samim terapijama i/ili sjedenje/stajanje/čućanje vrlo blizu osobe koja prolazi terapiju utjecala na moje zaključke. Vlastito tjelesno iskustvo bioenergije, koja mi nije bila direktno namijenjena kao iscjeliteljska, već se radilo o svojevrsnoj demonstraciji, nakon koje nisam voljno mogla pomaknuti dijelove tijela što je bio i cilj demonstracije je, nedvojbeno i jednoznačno, utjecao na pozitivan stav prema KAM-u. Slušanje iz pokrajnje sobe seanse egzorcizma, kojoj nisam direktno prisustvovala dijelom zbog “zaštite od opasnosti” slušača, a dijelom zbog zaštite osobe u tretmanu, ali se jasno čula ženska osoba koja govori prijetećim muškim glasom, izazvalo je kod mene veliki strah, ali i uvjerenje da ovoj tematici moram prići još otvorenije i nastojati obuhvatiti sve više aspekata kako bih barem donekle mogla pokušati objasniti neobjašnjivo. Moje iskustveno znanje mi kaže da egzorcizam postoji, sve moje ostalo znanje to ipak negira.

Prije rasprave o narativnoj medicini, kao danas prevladavajućoj ideji razumijevanja i pisanja o medicinskim iskustvima, nakratko ću prikazati način na koji psihoterapija promatra etnografski intervju. Članak o tome napisala je Inga-Britt Krause, psihoterapeutkinja, i objavila u časopisu *Anthropology and Medicine* 2003. godine. Članak pripada srodnom području znanosti u odnosu na medicinsku antropologiju potvrđujući očiglednu interdisciplinarnost ovoga područja u kojemu se gube biomedicinari, medicinski antropolozi, sociolozi, psihijatri i psiholozi, ukazujući istodobno na ozbiljnost i odgovornost uloge ispitivača u situaciji medicinsko-etnografskog intervjuja koja jest fizička, psihička, emotivna, ali i terapijska.

U radu često zapravo koristim poglede drugih disciplina na medicinsku antropologiju i na istraživanja medicinskih sustava jer su one ujedno i svojevrsna kritika

medicinskoantropoloških pristupa te daju mogućnost sagledavanja širega konteksta. Tako Krause (2003) vrlo jasno upozorava na neozbiljnost medicinskih antropologa u načinu na koji prilično ležerno definiraju metode i tehnike na kojima se otvoreni intervju temelji i načine na koji se odvija u okružju medicinskih sustava. Naime, Krause tvrdi da geertzovska odrednica “biti tamo” (Geertz 1988) jednostavno nije dovoljna jer da se od antropologa očekuje da se vještina postavljanja odgovarajućih ili bar korisnih pitanja jednostavno spontano razvije sama od sebe, što nije lak zadatak koji bi u tom slučaju direktno ovisio samo o osobnosti istraživača te da se ne pridaje dovoljno pažnje načinu na koji antropolog koristi sebe u toj istoj interakciji, dok jedan psihoterapeut toga, tj. sebe u interakciji, itekako mora biti svjestan. Mnogo puta tijekom intervjuja imala sam osjećaj da sam prešla granicu “intervjuiranja”, a da nisam mogla definirati koja je to granica, kao ni to kada i kako sam je prešla, ili, još teže, kako se vratiti natrag.

U psihoterapiji postoje definirani procesi transfera i kontratransfera, no etnografski intervju ne definira ništa slično. Stoga predlaže Krause, citirajući poznato istraživanje Mattingly iz 1998. godine opisano u knjizi dramatičnog naslova *Healing Dramas and Clinical Plots*, da etnografski susret shvatimo kao proces stvaranja zajedničke naracije, jer “iskustva sama po sebi ne definiraju i ne određuju naracije“, a naracije nisu na neki naivan empirički način povezane s “događajima tamo negdje” ili čak “iskustvima tamo negdje” (Mattingly 1998:156). Naracije su kreacije i mi svi biramo iz ponuđenih izloga kulturnih naracija one koje nam najviše odgovaraju. Postojimo li uopće izvan kulturnog diskursa? Geertz bi rekao odlučno “ne”. Kada klijenti pričaju svoju priču etnografu oni to rade s “određenim namjerama, stvarajući, definirajući, improvizirajući i formulirajući nova iskustva, dok etnograf, čiji je zadatak osigurati da priče budu prihvaćene kao nova iskustva, ujedno sudjeluje i u njihovom stvaranju, definiranju i improviziranju” (Mattingly 1998:156). Jer, kako kaže Jenkins, “etnografski teren je onaj i samo onaj u kojem “mi pronalazimo sebe u drugom i drugom u sebi”, a u tom procesu su i naša percepcija, ali i naš vlastiti identitet (istraživački, osobni), u pitanju (Jenkins 1994:452).

Kroz ovaj presjek diskusija o problemima metodologije istraživanja i pisanja u medicinskoj antropologiji danas došli smo postepeno i do pitanja naracija u medicini, odnosno onoga što se danas popularno naziva narativnom medicinom.

3.4 Narativna medicina – od naracija o bolesti (*illness narratives*) do patografija

Prvi koji je u području medicinske antropologije definirao temeljna obilježja *narativne medicine* (iako sam nije koristio taj termin u početku bavljenja temom) bio je Arthur Kleinman (Kleinman 1988). Cijeli narativni pokret, a danas je poprimio takve razmjere da ga uistinu možemo nazvati pokretom, započeo je njegovom knjigom iz 1988. godine naslovljenom *Illness Narratives*, odnosno, naracije o bolesti. Ideja da je predmet antropološkog istraživanja tekst – pisani, pjevani, govoreni, predstavljeni, ritualni, običajni, lažirani, prikriveni, javni – i rezultat antropološkog rada opet tekst je već poznata i stara. Stoga teorija o naracijama o bolesti ne bi trebala biti revolucionarna. Radilo bi se dakle samo o primijeni recentnih teorija postmodernističke socijalne i kulturne antropologije na istraživanja medicinskih sustava, što je dijelom i točno. No, Kleinman do ideje naracija o bolesti dolazi okolnim putem, kroz svoje bavljenje medicinskim etnografijama i kroz analizu načina na koji se one odvijaju. Kleinman (1988) kreće od ideje *lokalnih svjetova* koja je vrlo komparabilna s idejom *lokalnih biologija* Margaret Lock o kojoj je već bilo govora, a koja je ono prvo što etnograf pokušava detektirati suočen s etnografskim zadatkom u medicinskom okruženju. *Lokalni svjetovi* kazivača su sve ono što definira i utječe na njihovu bolest, svi kulturni, politički, ekonomski, institucionalni i društveni odnosi uzroka i posljedica čija je konceptualna baza iskustvo. Etnografije prema Kleimanu polaze od “življenog iskustva” koje bi se u antropologiji trebalo promatrati kao “interpersonalna, intersubjektivna razina odnosa, transakcija, komunikacija i svih ostalih društvenih aktivnosti, kao svojevrsan intersubjektivni tijek” (Kleinman 1992:128).

Lokalne svjetove moramo shvatiti kao moralne svjetove, jer ono što prethodi, sastavlja, izražava i slijedi iz naših aktivnosti u interpersonalnom toku iskustva su određeni lokalni obrasci redefiniranja onoga što nam je najvažnije, čega se bojimo, čemu težimo, što nam prijeto, koju prepreku želimo prijeći na putu u sigurnost te što zapravo smatramo svrhom, ili konačnim smislom, naših života i naših smrti. (Kleinman 1992:129)

Citirana cjelovita Kleinmanovu definicija objašnjava ideju *iskustva*, i navodi na razmišljanje o i na traganje za *moralnim* u svijetu istraživanja.

Da bismo iščitali lokalne svjetove, smatra Kleinman (1998), potrebna je detaljna *mini-etnografija*. Mini-etnografija baš zato što želi naglasiti lokalnost svjetova koje istražujemo, za razliku od ranijih etnografija koje su išle za iščitavanjem cjelovitosti jednog kulturnog života na jednom području. Ono što slušamo u mini-etnografiji su priče o bolestima ili *illness narratives*. Naracije o bolesti, a to je pokazalo i moje istraživanje, su visoko strukturirane, posjeduju zajedničke elemente, sadržajno i lingvistički te se rukovode sličnim načinima konstruiranja fabule. Analiza strukture i samoga tijeka naracija nam omogućuje ili, točnije (ako želimo ustvrditi da radimo moralne mini-etnografije) nas zapravo obvezuje na otkrivanje kulturnih i ostalih društvenih utjecaja na formatiranje, stvaranja zapleta, korištenje određenih retoričkih strategija, jezičnih formulacija i izraza te na izdvajanje ključnih metafora i idioma koje klijenti i terapeuti koriste u zajedničkom procesu kreiranja te iste naracije. Iako detaljna analiza naracija slijedi u zaključnom dijelu radnje, ovdje treba naglasiti da je narativnost cijeloga procesa intervjuiranja vrlo brzo postala očigledna. Ponavljale su se fraze, izrazi, metafore, priče, dijelovi fabula ili čak cijele fabule. Naracije terapeuta su bile visoko strukturirane i formalizirane i sličile u velikoj mjeri jedna na drugu, što je i važan dio cjelovite analize KAM-a. Naracije klijenata su bile mnogo šarolikije, ali su se iste fraze i izrazi u nekim situacijama vrlo često ponavljali, kao npr. “sad se osjećam kao da sam se ponovo rodio/la”, “probudim se ujutro i sve je nestalo”, “on/ona (terapeut/terapeutkinja, op. a.) je moj spasitelj/ica”, “ovo je moj novi/drugi život”, “nisam mogao/la vjerovati da je to moguće”, itd.

Netko je jednom rekao da ne postoji iskustvo bez njegova narativnog procesuiranja, misaonog ili bilo kakvog drugog. Naracije o bolesti daju upravo iskustvu bolesti (koje se Kleinman trudio precizno definirati) strukturu, ali i vrijednost, čine ga valjanim na neki način te mu daju smisao i značenje. Osoba etnografa je u tom trenutku ogledalo u kojem se valjanost iskustva odražava i u kojem iskustvo nalazi svoju potvrdu i to je možda potvrda teze o primarnosti moralnog u istraživanju i načina na koji se moralnost razumijeva u ovom radu.

Možda je ovo pravi trenutak za etnografa krenuti iza scene vlastitog istraživanja navođenjem onih iskustvenih znanstvenih smjenica koje su najvećim dijelom odredile cijelo istraživanje i kasniju analizu odnosno tumačenje. Poznavanje književnosti, točnije ljubav prema književnosti kao i znanja o književnoj kritici učinilo me sklonom promišljanju, ali i analiziranju, medicinskih etnografija u okvirima narativne medicine. Jedna od najznačajnijih autorica u tom području je Rita Charon (Charon 1992, 1994), direktorica Programa narativne medicine na University of Columbia, New York, koju mnogi nazivaju i vodećim autoritetom za narativnu medicinu u SAD-u danas. Nakon što je dvadeset godina radila kao internista, kreće na doktorski studij iz engleskog jezika i književnosti jer joj je, kako navodi “književnost pomogla da medicina ima više smisla” (Charon 1992).

Nakon nekoliko godina rada shvatila sam da me pacijenti plaćaju da slušam stručno i pozorno nevjerojatno komplicirane naracije – izrečene riječima, gestama, tišinama, znakovima, signalima, slikama i fizičkim pokretima (...) Bila sam tumač često kontradiktornih prikaza događaja koji su, po svojoj definiciji, teški za ispričati – bol, patnja, briga, tjeskoba, osjećaj da nešto jednostavno nije u redu... (Charon 1994:390).

Citirani autoričin opis susreta s pacijentima poklapa se s mojim iskustvima, drugim riječima, ona su dovoljno zbunjujuća da vas tjeraju na neprekidno traženje novih objašnjenja, novih metode i načina na koji ćete nešto raditi, ali i analizirati podatke i dolaziti do zaključaka. Mislim da poznavanje književne teorije u analizi medicinskih naracija omogućuje istraživačima da bolje prate narativnu liniju kazivanja svojih kazivača, prepoznaju temeljne slike i metafore, da usvoje i prepoznaju osnovnu poruku priče kazivača, identificiraju podtekstove te pronalaze zajedničke elemente između pojedinih priča.

Veliki dio članaka u narativnoj medicini danas pišu liječnici biomedicine koji pomalo znanstveno naivno i pojednostavljeno zaključuju da liječnici moraju slušati što im pacijenti govore (Collins 2007, Kaplan-Myrth 2007). Takvi članci često vrlo pohvalno

govore o metodama etnografskog intervjua, ali osim što dobro zvuči za disciplinu i metodu, nema veće teoretske, epistemološke, pa ni aplikativne važnosti.

U posljednje vrijeme na popularnosti dobiva jedna nova podvrsta naravne medicine, a to su patografije. Ova tema predstavlja zanimljiv, i pomalo neobičan, spoj medicine i literature, a njezinim predstavljanjem želim naglasiti širinu i šarolikost istraživanja i pristupa istraživanju zdravstvenih sustava. Patografije su autobiografski ili biografski zapisi o bolesti koje pišu sami pacijenti, u kojem slučaju je riječ o autobiografijama ili ih netko piše u njihovo ime, pa je riječ o biografijama. U oba slučaja se može, ali i ne mora raditi o književnim djelima, dok u biografske patografije spadaju i etnografije.

Književne patografije se rado bave i načinom na koji se bolesti pojavljuju u pojedinim književnim djelima ili utječu na umjetnost pojedinih umjetnika, primjerice načine na koji bolest Emily Dickinson utječe na njezinu poeziju (pri čem bi se onda i sama književnost Emily Dickinson smatrala vrstom patografije), od čega je patio John Donne ili kakvu je urođenu manu karotidne arterije imao Aleksandar Makedonski; što je porfirija učinila Vincentu van Goghu i je li neurološki poremećaj bio uzrok Goyine gluhoće (Rose 2005). Popularnost medicinskih biografija možda danas jasnije nego prije ukazuje na činjenicu da bolest i patnja nisu nikada samo bolest i patnja, nego uvijek imaju kontekst, a ponekad iz njih izniknu najljepša umjetnička djela³¹.

Dvije su značajke neknjiževnih patografija koje su se pokazale izuzetno korisnima u analizi podataka mog istraživanja. Prvo, većina autora definira patografije kao oblik rekonstruiranja bolesti, dakle u trenutku zapisivanja patografija imamo, nakon narativne, i tekstualnu i diskurzivnu rekonstrukciju bolesti koja sada opet ima jedan dodatni element, jednu "dodanu vrijednost", u odnosu na iskustvo bolesti od kojega smo krenuli. Ta dodana vrijednost je upravo ona koju stvara etnograf kao rekonstruktor i zapisivač naracija koje su mu ispričane jer ih ponovo stvara u vlastitom tekstu, stilu, jeziku, načinu pisanja i oblikovanja stvarnosti. Stoga on/ona na neki način suprotstavlja transkripte i direktno kazivanje kazivača vlastitim opisima, kako bi se naglasio utjecaj "upisivanja"

³¹ Ponekad se takvi prikazi literarnih patografija čine smiješnima i/ili suvišnima: na jednoj radionici u okviru konferencije *The Meaning of Health and Illness*, održane u Oxfordu, Velika Britanija, u srpnju 2007. godine govornici su jednostavno iščitavali poeziju modernih pjesnika čiju je umjetnost na neki način obilježila bolest.

koje je u tom procesu neminovno. Drugo, jedna od vodećih autorica u tom području Anne Hunsaker Hawkins³² (1993), vidi patografije kao direktne nasljednike priča o religijskim obraćenjima te religijskih parabola i mitova koji su se pričali u popularnoj kulturi prošlih vremena, upravo kao što se danas često pričaju medicinske priče. U jednom i u drugom slučaju radi se o naracijama čiji temelji počivaju na strahu od smrti i nadi u spasenje/ozdravljenje. Hawkins (1993) grupira suvremene naracije o bolestima u priče o ponovnom rađanju, epskim putovanjima prema izlječenju, o (mitskim) borbama protiv bolesti te o traganju za srećom i zadovoljstvom. Prema riječima prof. Vitomira Belaja mitovi su ti koji u neredu svijeta stvaraju red, a mitski konstrukti i mitsko mišljenje primijenjeni na pitanje zdravlja i bolesti organiziraju način na koji pacijenti/klijenti razumijevaju svoju bolest, kako se odnose prema potencijalnim institucijama pomoći te, posebno, kako stvaraju svoje naracije. Drugim riječima, mitovi su u medicinskim stvarnostima formativi jer pokušavaju uspostaviti red nad neredom koji predstavljaju bolest, patnja i nesreća. Hawkins (1993) dijeli mitove u medicinskim stvarnostima na arhetipske – to su mitovi o putovanju, bici, smrti i ponovnom rađanju, i ideološke mitove – koji su povezani s određenom kulturom u određenom vremenu. Primjerice, trenutno je u zapadnim društvima prevladavajući ideološki mit onaj o zdravom životu, dok je u *new age* kozmologijama danas čest ideološki mit o povezanosti zdravlja/bolesti i prirode, tj. individualnog i univerzalnog.

Ideja o uključivanju mitološkog i/ili religijskog u analizu podataka o medicinskim stvarnostima, u mojem se istraživanju pokazala višestruko korisnom. S jedne strane, olakšala je analizu i usmjerila objašnjenje čestih priča o “ponovnom rađanju” i “čudesnom ozdravljenju” koje sam mnogo puta čula od kazivača. S druge strane, kazivanja su dovela do zanimljivog saznanja: velika većina kazivača naglašavala je duhovnost, ponekad i oblike religioznosti, s kojima su se susreli u komplementarnoj i alternativnoj medicini, bez obzira na to jesu li tako nešto očekivali i pretpostavljali ili ne. Češće je bilo rečeno da im se duhovnost u KAM-u jednostavno *dogodila*. (O mogućim vezama post-tranzicijske religioznosti u Hrvatskoj i činjenice da religija postaje važan dio svakodnevnice nakon 1990-ih, pa u tom smislu KAM ne treba promatrati kao iznimku,

³² Anne Hunsaker Hawkins je profesorica humanističkih znanosti na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Pennsylvaniji, SAD.

bit će govora u diskusiji rezultata istraživanja. Ovdje želim samo ponuditi kratak komentar ideja Anne Hunsaker Hawkins i načina na koji te ideje kasnije upotrebljavam u analizi.) Naime, čini se da je naša medicinska stvarnost takva da pojedinci jednostavno ne mogu utjecati na vlastitu sudbinu jer je ona u rukama liječnika, a da je naš kulturni kapacitet da osobnoj patnji pridodamo neko duhovno značenje ili objašnjenje potpuno nestao. Stoga se mnogim pacijentima/klijentima čini da nemaju nikakvu mogućnost refleksije i da su upućeni samo na potragu za fizičkim zdravljem. Tu komplementarna i alternativna medicina zapravo pronalazi svoje mjesto u kulturama u kojima je biomedicina dominantna – čini duhovnost i religioznost dijelom medicinskog sustava (sjetimo se teorije Margaret Lock o dualizmu duha/svijesti i tijela u zapadnim društvima).

4. ETNOLOGIJSKA ISTRAŽIVANJA MEDICINSKIH SUSTAVA U HRVATSKOJ

4.1 Tradicijska medicina unutar etnologije

Zadaća ovog poglavlja je predstaviti načine na koji se etnologija u Hrvatskoj i općenito na prostoru jugoistočne Europe bavila medicinskim sustavima u razdoblju prije poznate *krize discipline* o kojoj je bilo riječi u uvodnom poglavlju (Belaj 1989, Čapo-Žmegač 1993, Prica 2001), odnosno u razdoblju u kojem je njezin razvojni i interesni put bio drugačiji od puta sociokulturne antropologije. No, budući da se kroz rad argumentira opravdanost uporabe medicinskoantropoloških teorija i metodologije u suvremenim istraživanjima medicinske stvarnosti, poglavlje je preglednog karaktera i svrha mu je naznačiti teme i načine na koji je medicinska stvarnost bila prisutna u etnologijskim istraživanjima. Osim što treba doprinjeti povijesnoj vjerodostojnosti i utemeljenosti rada, poslužiti će kao dokaz tvrdnje kako bi buduća istraživanja medicinskih stvarnosti u Hrvatskoj trebala polaziti od suvremene metodologije i teorija kulturne antropologije bez

obzira istražuju li biomedicinski ili tradicijski medicinski sustav jer im one daju širi analitički i epistemološki okvir. Samo deskriptivna istraživanja koja nabrajaju *čudne* načine liječenja nemaju danas više znanstvenu važnost, a ni monografije nisu više dio etnoloških publikacija te mogu ostati na razini etnoloških kurioziteta.

Interes za različite načine liječenja i brige o zdravlju vezan je uz same početke značajnijeg razvoja etnologije u europskom 19. stoljeću. Prvi koji se u tradiciji srednjoeuropske etnološke škole istraživački bavili načinima liječenja ruralnoga stanovništva, bili su – liječnici (o tajnoj vezi liječnika i etnografije govori se nešto kasnije). Vjerojatno najpoznatiji među njima bio je njemački liječnik Rudolf Virchow (1821. – 1902.), kojega će neki svrstavati u antropologe jer je iza sebe ostavio mnogo zapisa o tradicijskoj medicini tadašnje Njemačke, ali i tradicijskoj medicini koju nalazi u četvrtima siromašnih radnika, no većina će ga prepoznati kao jednog od utemeljitelja celularne patologije i patološke histologije, odnosno, što je važnije za temu ovog rada, utemeljitelja ideja socijalne medicine (Glesinger 1978:231). Kao i mnogi drugi prije i poslije njega koji se kroz prizmu društvenih i humanističkih znanosti bave istraživanjem medicinskih sustava, nije želio jednostavno popisati načine liječenja, bilo u ruralnim ili urbanim područjima i (ne)uvjeriti se u njihovu korisnost ili svrsishodnost, već je želio pokazati kako društveni faktori utječu na zdravlje i bolest, što je za vrijeme u kojem je pisao i stvarao bilo prilično revolucionarno. Tvrdio je da loši životni uvjeti na selu i u siromašnim gradskim četvrtima direktno utječu na pojavu bolesti i na višu stopu smrtnosti u odnosu na ostale dijelove populacije. Zbog svojih demokratskih ideja o socijalno-ekonomskim prilikama kao glavnom uzroku epidemija, izgubio je 1847. godine i docenturu (Glesinger 1978:230). Također je tvrdio da je prevencija bolesti vrlo često direktno pitanje politike i s njom vezanih financija, a ne stvarne medicinske potrebe, te da su zagovaranje određenoga stava i ukazivanje na potrebe mimo politike i financijske moći, jedini pravi ciljevi svakoga takvog medicinskog istraživanja. Njegova vrlo napredna teorija o povezanosti zdravlja, medicine i društva je možda najbolje sažeta u njegovoj poznatoj rečenici: “Medicina je društvena znanost, a politika nije ništa drugo nego medicina u većim razmjerima”. Ovdje želim naglasiti da se Virchow bavio zdravstvenim prilikama u ruralnim područjima samo kako bi dokazao svoje teorije

socijalne medicine, ali istodobno želim skrenuti pažnju i na njegovo inzistiranje na “zagovaranju određenog stava”, što nas opet vodi na onaj drugi *roller coaster*, koji se na prvi pogled marginalno i sporadično, a zapravo konstantno pojavljuje kao drugi *lajtmotiv* ovoga rada: to je pojam aktivizma i njegova primjenjivost u medicinsko humanističkim znanostima.

Iako su i u Hrvatskoj prve sustavnije zapise o tradicijskoj medicini sastavljali liječnici (poglavlje 4.3), mnogo je zapisa u ranijem razdoblju došlo i iz pera svećenika, učitelja i svih onih koji se u ranim razdobljima etnografskoga pisanja na ovom području bave temama iz ruralnog života, a nakon uspostave discipline, dakako, i etnologa.

U tradiciji etnologije jugoistočne Europe istraživala se ***narodna medicina***, dakle tradicijski medicinski sustavi ili medicinske prakse ruralnih područja. Prvi zapisi o narodnoj medicini na ovim prostorima potječu čak iz 14. stoljeća, dok se sličan način zapisivanja deskripcija narodne medicine zadržao u etnološkim publikacijama sve do sredine 20. stoljeća.

4.2 Ljekaruše – priručnici za kvalitetniji život i popisnici (tradicijskog medicinskog znanja).

Najčešći zapisi koji pokrivaju teme iz narodne medicine iz tog razdoblja na području jugoistočne Europe i Hrvatske su ***ljekaruše***. To su bile zbirke recepata i uputa za liječenje ljudi, ali i životinja, a pisali su ih često svećenici (Brenko, Dugac, Randić, 2001). Prve *ljekaruše* potječu iz 14. stoljeća, dok je njihovo *zlatno doba* bilo 19. i početak 20. stoljeća tijekom kojih su se čuvale u obiteljima, kao priručnici za liječenje (Brenko, Dugac, Randić 2001). Neke od poznatijih i raširenijih su bile: Karlobaška iz 1603., godine, zatim vjerojatno najpoznatija Imbre Luićeva (*Vračva svagdašnja domaća...*) iz 1746. godine, Luke Vladimirovića (*Likarije priprostite*) iz 1775. godine koja je prva tiskana *ljekaruša* na hrvatskom jeziku, zatim ona Budislava Budisvaljevića iz 1811., Ivana Franje Lukića (*Domaći liekar*) iz 1850., fra Mije Nikolića (*Domaći liekar*) iz 1868.

godine, zatim npr. rukopis Vuka Vrčevića (*Obične narodne bolesti i kako s liječe*) iz 1869. g., Vatroslava Jagića *Sredovječni liekovi, gatanja i vraćanja*, itd. *Ljekaruše* iz kasnijeg razdoblja, kasnog 19. i prve polovice 20. stoljeća, publicirane su u poznatim etnološkim publikacijama s područja cijele bivše Jugoslavije, kao što su, primjerice, Zbornik za narodni život i običaje južnih Slavena (ZbNŽO), Glasnik zemaljskog muzeja u Sarajevu (GZMS) ili Glasnik etnografskog muzeja u Beogradu (GLEMB).

Ljekaruše su doslovno zbirke recepata za liječenje svih bolesti koje je stanovništvo određenog kraja definiralo te protiv njih pronašlo lijek. Iako su sami narodni iscjelitelji različitih specijalizacija (travari, babice, namještači kostiju, *krsnici*) bili svakodnevnica ruralnog života, znanje iz *ljekaruša* nije bilo profesionalno, stručno znanje iscjelitelja, već se radilo o znanju koje je svatko na neki način mogao posjedovati i s kojim se mogao poslužiti u slučaju potrebe. *Ljekaruše* su se koristile kao obiteljski priručnici o zdravlju (Brenko, Dugac, Randić 2001). Nažalost nema puno podataka o tome tko ih je koristio, kada, je li liječenje u kući općenito bio zadatak žena, a time i njihova odgovornost, što se može logično pretpostaviti. Prvim zapisivačima namjera je bila što točnije i detaljnije zapisati recepturu lijeka. Tako npr. iz najpoznatije, Luićeve *ljekaruše* možemo saznati da je lijek protiv bolova u prsima bio: *vzami žganoga vina, vli vu ne borovičnoga vula, skupa zmišaj, s tim vu jutro i večer prsi maži* (Gundrum Oriovčanin, 1909:63). Iz Karlobaške *ljekaruše* saznajemo da je lijek protiv ćelavosti usitnjeni prah od mnogo mrtvih pčela koji se pomiješa s uljem i smjesa se utrljava na zahvaćena mjesta. Lista recepata bila je brojna; *lijekovi* koji se upotrebljavaju su biljnoga, životinjskog, ponekad i humanog podrijetla, u liječenju se koristi ponekad i zemlja (glina), kora drveća, feces ili urin životinja i ljudi, često vino ili rakija, ulje, češnjak – dakle sve ono što je bilo dostupno i pri ruci. Pripravci se mažu na bolna ili zahvaćena mjesta, piju se ili jedu.

Osim samih pripravaka, za analizu je možda zanimljivija taksonomija bolesti koju *ljekaruše* donose. Iako, razumljivo, ni te taksonomije nisu nezavisne od utjecaja biomedicine i biopolitike (Foucault 2004) jer radi se većinom o 19. i početku 20. stoljeća, ipak su mnogo više somatizirane i iskustvene te odmaknute od današnje taksonomije bolesti koja je primarno biomedicinska. Tako kao bolest, ili bolje rečeno kao problem koji treba liječiti/riješiti zajedno s pripadajućim receptom, u *ljekarušama* možemo naći:

glavobolje, boli u prsima, boli u svim dijelovima tijela, ali i ćelavost, *ćaknutost*, kada je netko *kratke pameti*, probadanje, za *svakakve unutarnje boli*, za dobar porod, čak recept za oralnu kontracepciju (uključuje pčele), za *šenutost*, *ludost*, *ćopavost*, temperaturu, žuticu, *padavicu*, pobuđivanje seksualne želje kod partnera ili, jednostavno, gnojni čir. Tek detaljna analiza *ljekaruša*, ali ne kroz prizmu neobičnih recepata, već kroz analizu bolesti i problema koje su se pokazali čestima, i raširenima i stoga, onima koje je potrebno liječiti, ponudila bi koherentniji prikaz načina postojanja i funkcioniranja tradicijske medicine u Hrvatskoj u razdobljima 18., 19. i početka 20. stoljeća.

Zdenka Šušnić-Fliker, povjesničarka medicine čiji se magistarski rad iz 1984. godine bavi temom *ljekaruša*, u svom članku iz 1992. godine (Šušnić-Fliker 1992:311) nudi model njihove analize. Ona, naime, navodi da do sada nije provedena povijesnoznanstvena analiza *ljekaruša*, a koja bi danas bila zanimljiva zbog „sve većeg interesa naše javnosti za tradicionalnu medicinu i njezine metode liječenja“ (Šušnić-Fliker 1992:311). U modelu analize *ljekaruša* koji nudi predlaže njihovu podjelu u tri povijesna razdoblja prema njihovom nastanku (1. razdoblje: 14. do 16. stoljeće; 2. razdoblje: 17. i 18. stoljeća, te 3. razdoblje: 19. i 20. stoljeće), te podjelu prema lokalitetu nastanka koji je u vezi s lokalnom florom i faunom, te stoga određuje vrste pripravaka koji se koriste. Autorica predlaže usporedbu tehnologije izrade i analize sastojaka lijekova iz *ljekaruša* sa saznanjima službene medicine iz razdoblja u kojima pojedine ljekaruše nastaju, a onda u zaključku usporedbu tih saznanja sa znanjima suvremene farmakologije, kako bi se uistinu moglo „ispravno valorizirati prošlost“ (Šušnić-Fliker 1992:311). U kratkoj raspravi koja prethodi ovom analitičkom modelu, autorica definira utjecaje iz ostalih medicinskih sustava koji oblikuju znanja upisana u hrvatske *ljekaruše* navodeći utjecaj antičke medicine kao temeljni, ali u *ljekarušama* detektira i „tragove medicine starih Slavena“, te utjecaje arapske medicine (Šušnić-Fliker 1992:310). Također smatra da je važno razlikovati *ljekaruše* iz ranijih razdoblja koje sadržavaju mnogo mistično-religioznih elemenata od naprednijih *ljekaruša* iz kasnijeg razdoblja koje karakteriziraju „racionalne terapije“ (Šušnić-Fliker 1992:310). Detaljnija povijesnomedicinska analiza *ljekaruša* pomogla bi da se podaci koji su u njima sadržani konkretnije valoriziraju, dok će antropološki pogled na znanje iz *ljekaruša* tragati za

kontekstom njihove uporabe, te zaobići moguće vrijednosne sudove o naprednijim ili nazadnijim medicinama.

Osim tih prvih *ljekaruša* u kojima nalazimo samo recepte, monografije koje izlaze u Zbornicima za narodni život i običaje (izdaje ih Jugoslavenska akademija znanosti u umjetnosti) u prvim godinama 20. stoljeća često su dopunjene i odlomcima koji govore o odnosu prema bolesnicima, njihovom položaju u zajednici, zatim o ulozi i položaju samih iscjelitelja, načinu njihova života, itd. To je vrlo vjerojatno posljedica činjenice da u drugom svesku Zbornika za narodni život i običaje južnih Slavena iz 1897. godine izlazi poznata *Osnova za sabiranje i proučavanje građe o narodnom životu* Antuna Radića.

O važnosti Radićeve *Osnove* i njezinom utjecaju na razvoj etnologije te općem trendu (re)valorizacije njegovog djela u hrvatskoj etnologiji danas, ovdje neće biti govora. Željela bih samo naglasiti da danas u etnološkim temama o etnologima, u svojevrsnoj metaetnologiji u Hrvatskoj, prevladava mišljenje da bi Radića trebalo ponovo iščitati, ali i da bi hrvatska etnologija otišla u sasvim drugom smjeru da je njegov utjecaj u razdoblju nakon početka dvadesetog stoljeća bio značajniji. Za ovaj rad važan je način na koji Radić tumači *narodnu medicinu*, kamo je smješta kao temu istraživanja, što je po njemu značajno u njenom istraživanju, te utjecaj njegova tumačenja na monografije koje dijelom pokrivaju i teme iz narodne medicine, a koje evidentno nastaju pod utjecajem *Osnove* Antuna Radića.

Prvu skupinu tema koje bi se trebale istraživati o narodnom životu Radić naziva *Priroda (narav oko čovjeka)* i za nju kaže da “određuje čovječji život” (Radić 1936:18). Uz teme o krajobrazu i prirodnom okolišu (koji uključuje floru i faunu), kao šestu podtemu unutar te teme, Radić navodi *Bilje (drač, trave)*. U pitanjima koja se tiču korisnosti biljaka obrađuje i pitanje o tome koje se biljke koriste kao lijek.

Drugu veliku skupinu tema koja bi se po njegovom mišljenju trebala istraživati naziva *Tjelesni ustroj naroda*, a njezina razrada je izuzetno zanimljiva za istraživanje narodne medicine. Naime, Radić prvo postavlja pitanja vezana uz antropometriju i demografiju, a nastavlja velikom skupinom detaljnih pitanja vezanih uz bolesti koje ljudi poznaju, a koje Radić dijeli na vanjske (ozljede, kožne bolesti), unutarnje (bolesti udova

ili dijelova tijela, bolesti cijelog tijela, “velike bolesti” i ženske bolesti) i duševne bolesti (“halucinacije”, “melankolije”, “ljude od poroda glupe”, “nakazne”) (Radić 1936:21).

Četvrta skupina tema se bavi *Životnim potrepsčinama*, a uz odjeću, obuću, hranu, kuću, ogrjev i slično, kao posebnu, devetu podtemu, Radić navodi i *lijekove (vraštva)*. Tu razmatra pitanja vezana za načine liječenja bez uporabe lijekova (“gnjetenjem”, mirovanjem, utopljavanjem, puštanjem krvi, rezanjem rana), te lijekove koje stanovništvo poznaje, a on ih dijeli na životinjske (od mrtvih ili živih životinja), biljne (od pojedinih dijelova biljaka ili cijelih biljaka) i one koje uključuju vodu, odnosno na liječenje vodom. Osim toga bavi se i problematikom vezanom uz sam proces liječenja te ponašanja i pozicije pacijenta u samom liječenju.

Nakon pitanja iz materijalne kulture, fizičkog okruženja i fizičke *stvarnosti* ljudi, Radić se okreće pitanjima koja veže uz pojam *narodno srce*. Definira ih kao “*one pojave duše čovječje, koje po narodnom mišljenju izvire iz srca, javljaju se poglavito u druženju, u životu s ljudima*” (Radić 1936:34). Pitanja koja ga zanimaju su vezana uz život u zadruzi, u obitelji, sa susjedima, a petu podtemu naziva *Život prema zanimanju i imetku*. Kao jedno od deset posebnih zanimanja navodi i *ljekare* te ih zanimljivo dijeli na one koji liječe “naravnim načinom” i na one “za koje kažu” (logično je da će se ograditi) da imaju posebne moći. Radić razmatra njihov položaj u zajednici, o tome rade li profesionalno, kako i koliko ih se plaća te kako i koliko ih zajednica poštuje.

U šestoj podtemi o *narodnom srcu* bavi se načinom na koji “*živu bolesni i nakazni ljudi*” (Radić 1936:40). Tu postavlja pitanja o tome kako se ljudi općenito odnose prema bolesnicima, tko, kada i kako brine o njima, ali uvodi i psihosocijalnu tematiku o tome kako se ljudi odnose prema, kako on kaže, “nakazama”, žale li ih, rugaju li im se, miluju li ih ili jednostavno misle da bi bilo “bolje da ih Bog uzme”. Kao posebnu skupinu bolesnika navodi one koji su “bolesni na pameti” i također ga zanima način na koji oni sami žive i kako se okolina odnosi prema njima.

Ideju *narodnog srca* Radić proširuje i na običaje: svakidašnje, godišnje, a u posebnu skupinu običaja smješta porod, ženidbu i smrt, dakle, životne običaje. U okviru teme o porodu obrađuje pitanja vezana uz sam proces poroda, ali i posao i ulogu babice, međutim to je za Radića dio života, a ne dio “medicine” (zanimljivo je da taj termin uopće ne upotrebljava).

Sasvim nova skupina tema je ona koju naziva *narodnom dušom*. To je ono za čime imamo potrebu kada od ljudi koji nas okružuju (prema slobodnom tumačenju Radićevih riječi) ne dobivamo ono što želimo i tada naša duša traži “*drugi svijet, svijet želja i nada, svijet mira i počinka, svijet sreće*” (Radić 1936:61). U narodnu dušu spadaju poezija i vjerovanja. Valja spomenuti da Radić kao dio *narodnog života* vidi i *narodnu pamet* koju čini *iskustvo, znanje i mudrovanje*).

U vjerovanja, između ostalih, ubraja i vjerovanja u posebne moći koje pojedinci mogu imati te postavlja pitanja o tome kako se nazivaju ljudi koji “*više znadu ili više mogu od drugih ljudi*” (Radić 1936:65), a tu spada znanje i moć liječenja, te ljudi koji ih posjeduju. Međutim, u kategoriju ljudi s posebnim moćima ravnopravno uključuje *vrače, bajalice, vješce, vještice, vilenjake, repače*, itd. ne spominjući distinkciju između *prirodnog* i *natprirodnog*, koju je ranije u popisu načina liječenja definirao. U posebnoj skupini pitanja pokušava povezati i ljude koji su rođeni “*nakazni*” (“*maleni*”, “*debeli*”, “*nagužvana lica*”) s nekim njihovim eventualnim posebnim moćima. Radić se, međutim, u okviru opisane podteme bavi samo vjerovanjima ne pokušavajući ih dovesti u vezu s njihovim mogućim medicinskim tumačenjem pa se može pretpostaviti da ovdje nije smatrao bitnim raditi razliku između zemaljskog i *onostranog*.

Prije svega je u analizi Radićeve *Osnove* važno naglasiti da narodna medicina ne postoji kao posebna tema istraživanja, čime se objašnjava činjenica da u razdoblju neposredno nakon Radićeve *Osnove* monografije koje se pišu i koje su dominantna etnološka literatura toga doba ne tretiraju narodnu medicinu kao posebno područje istraživanja. Ako se prisjetimo da smo u razdoblju u kojem, što se tiče etnografija uopće, tek nastaju prvi temeljni radovi u disciplini čiji je cilj bio prikazati cjelokupnost života na nekom području, (pa otuda i detaljne upitnice, tzv. *questionnaires* koje su se upotrebljavale u razdoblju od kraja 19. stoljeća pa sve do Drugoga svjetskog rata), bez obzira radilo li se o ruralnoj Europi ili *primitivnom* ne-Zapadu, jasno je da je pogled istraživača tada mnogo širi i udaljeniji. Upravo je Radićeva ideja da cjelokupnost života u ruralnim područjima podijeli na prirodu oko čovjeka, a zatim na *narodno srce, narodnu dušu* i *narodnu pamet* dobar pokazatelj toga shvaćanja seoskoga života kao jedne homogene cjeline u kojoj je sve zavisno jedno od drugoga i postoji tako i na taj način samo kao dio i unutar te cjeline.

Tako je Radiću i *medicina*, odnosno tako su i bolest, patnja, nesreća, ali i zdravlje, sreća, rođenje i smrt dio toga života, ovisni o prirodi, ljudima, duši, srcu, pameti, međusobno ovisni i međusobno uvjetovani i ta se romantičarska nota provlači kroz Radićeve upute što i kako bilježiti o narodnom životu, ali i zašto to činiti. (Ono neuhvatljivo u životu ljudskih zajednica što je Radić pokušao na taj način uočiti i zabilježiti jest ono što Margaret Mead, s suprugom Gregoryjem Batesonom kasnije naziva *etos* jedne zajednice (Mead 1935)).

Političko-ideološka pozadina djela Antuna Radića zanimljiva je i složena tema koja izlazi iz okvira ovog rada o medicinskim stvarnostima. Budući da sam prihvatila činjenicu da medicinski antropolozi mogu *progovarati* aktivistički i zagovornički, feministički, militantno i alternativno, ako to žele, izvan ili na marginama biomedicine i dominantnih političkih, medicinskih, financijskih institucija zemalja u kojima ili o kojima pišu, o temama kojima namjerno *šokiraju* ili *slamaju srca*, dužna sam i Radiću priznati njegov humanizam, koji se, iako snažno uvjetovan političkim prilikama u kojima piše, ne može zaniijekati. Naravno, postavlja se načelno pitanje, možemo li uopće progovarati aktivistički i zagovornički ako nemamo sustav protiv kojega ćemo istupati i postoji li uopće humanizam koji nije nastao kao reakcija na njegov nedostatak? Ne ulazeći u problematiku različitih definicija humanizma i njegove društvenopovijesne dimenzije, govorit ću o Radićevoj humanosti koja je vidljiva u načinu na koji koncipira ciljeve same *Osnove* i sakupljačkog rada vezanog uz nju, a to je uspostavljanje tolerancije među *kulturama* te, što je još važnije, u njegovom pristupu i načinu na koji promatra odnos ljudi prema onima koji su u vremenu kada je on sastavljao *Osnovu* bili gurnuti na marginu zajednice – teškim i, posebice, mentalnim bolesnicima.

U *Osnovi* se prvi puta u hrvatskoj etnološkoj literaturi istražuju *medicinske manjine*, ali, je vidljiva i težnja da se prema njima uspostavi tolerancija ili bar provjeri na terenu, u kojoj mjeri ta tolerancija postoji. Nametanjem ove tematike Radić prelazi okvire deskriptivne ideje o narodnom životu i postavlja pitanja o njegovim marginama, liminalnim prostorima, nedefiniranim “nečistoćama” (kako navodi Mary Douglas), zagonetkama, o onome čega se kao društvo sramimo i što javno ne priznajemo, a što sve podsjeća na način na koji i danas u našem društvu postoje teško bolesni, mentalno bolesni ili ljudi s fizičkim nedostacima.

U razradi tematike o načinu na koji se ljudi odnose jedni prema drugima (*narodno srce*), u jednoj podtemi o načinu na koji se zajednica odnosi prema bolesnicima, postavlja pitanja o tome tko se brine o njima, kako, na koje načine se briga iskazuje, a posebnu pažnju posvećuje ljudima koji imaju neki fizički nedostatak i mentalnim bolesnicima. Iako za mentalne bolesnike koristi termine kao što su “trknuti”, “šiknuti”, “prismuđeni” i sl., dozvoljava im legitimno mjesto u zajednici što je utjecalo na prikupljanje i prikaz podataka u monografijama koje izlaze nakon *Osnove*, a prikazuju život bolesnika općenito odnosno mentalnih bolesnika posebno. Usudila bih se zaključiti da bez Radićevog inzistiranja na *promatranju* načina na koji žive bolesni ti podaci nikada ne bi bili uključeni u monografije koje su slijedile. Važnost njegovog pristupa je upravo u tome što na isti način na koji je promatrao bolest, patnju i smrt kao dio života i životne cjelovitosti, tako su i bolesnici u njegovoj *Osnovi* postali sastavni dio cijele “kulture”, kako je i naziva, ne Drugi, ne jadni, ne vrijedni sažaljenja (čemu smo u medicinskoantropološkom postmodernizmu i mi danas skloni jer kao predmet istraživanja biramo upravo “bolesne”), nego jednostavno integralni dio zajednice.

Teza se može potkrijepiti predstavljanjem dijelova monografija iz nekih od prvih brojeva Zbornika za narodni život i običaje južnih Slavena koji se odnose na život i položaj bolesnika u ruralnim zajednicama jer tu najviše, barem što se tiče tema iz narodne medicine, Radić i njegovi sljedbenici pokazuju odmak od taksonomijskog popisa kulture (u ovom slučaju lijekova i poznatih bolesti) nastojeći promotriti odnose među ljudima u zajednici koji bi po svojoj prirodi mogli biti diskriminatorni, a ti ljudi stavljeni na margine zajednice. Je li to ipak Radićevska politička *agenda* da pokaže ruralno stanovništvo kao *prirodno* i *urođeno* humano, za razliku od *iskvarene* gospode, teško je reći. Možda će ovaj kratki pregled monografija ponuditi prihvatljivo tumačenje.

Josip Lovretić u svojem *Otoku* (Lovretić 1897) piše da se s bolesnicima postupa vrlo dobro, a “*ako se rodi dite nakazno*” i to dijete s vremenom ipak svi zavole “*pa ga tim više maze*” (Lovretić 1897:373). Što se tiče mentalnih bolesnika, Lovretić tvrdi da su Otočani bili manje tolerantni, da su se ukućani stidjeli takvih bolesnika, pa čak ih i zatvarali u kuću, jer su im se inače susedjani rugali.

Frano Ivanišević u svojoj *Poljici* (Ivanišević 1904) također govori o načelno pozitivnom odnosu zajednice prema bolesnima koje nikada ne optužuju za njihovo stanje jer smatraju da je bolest Božja kazna, što je i inače česta kozmološka ideja o etiologiji bolesti. No, Ivanišević tvrdi da su bolesni Poljičani svjesni svoje nevolje pa rado zazivaju smrt (Ivanišević 1904:279). Mentalno bolesnih Poljičana se svatko stidi, mnogi im se rugaju, ali mnogi ih i žale te im baš zbog njihove bolesti poklanjaju posebnu pažnju jer “*more me Bog pokarati*”. Ovdje se očigledno radi više o strahu od Boga, nego o moralnoj obvezi prema drugom ljudskom biću, ali oblik tolerancije jest uspostavljen.

Vatroslav Rožić o Prigorju piše slično (Rožić 1907): bolest se smatra Božjom voljom pa obitelj i rodbina posjećuje bolesnika i posebno pazi na njega/nju, dok teški bolesnici sami ipak najčešće priželjkuju smrt: “*Gdje je ta smrca, da po me ne dodje?*” (Rožić:1907:268).

Osim položaja bolesnika, Radića zanima i položaj narodnih liječnika, koji su u monografijama uniformno predstavljeni kao cijenjeni, ali ipak većinom ne žive od liječenja, nego im ljudi plaćaju onako kako mogu. Zanimljiv je i Ivaniševićev podatak da se ljudi sve više obraćaju i *ljekarima iz grada* (Ivanišević 1904).

Ovaj kratak prikaz načina na koji je Radić utjecao na pisanja o narodnoj medicini navodim iz dva razloga. Prvo, riječ je o rijetkim i jedinstvenim podacima o tradicijskoj medicini iz toga razdoblja, nakon kojega zapravo slijedi razdoblje u kojemu o tradicijskoj medicini primarno pišu liječnici biomedicine i to sa sasvim drugih polazišta i s drugim ciljevima, što onda uvelike utječe na način na koji je sama građa prezentirana. S druge pak strane, zanimljivo je usporediti načine na koji su bolest i bolesnik zapravo određeni društvom, kulturom, društvenom cjelinom, ali su i predmet *brige* određene zajednice. Dok su “Radićevi” bolesnici oni koje zajednica *vidi* da su bolesni i prema njima se ponaša na određeni način, bolesnici u današnjem društvu su prepoznatljivi samo kao oni koji imaju određenu *biomedicinsku* dijagnozu i, umjesto na “Božju kaznu”, svedeni su na kompliciran latinski naziv. Dio je naše popularne kulture da danas svi znamo što je lupus, ulkus, gastritis, neuralgija, Chronova bolest, Downov sindrom, epilepsija, migrena, kolitis, Alzheimerova bolest, psihoza ili neuroza. Danas je u redu biti bolestan jer biomedicina nudi naziv, definiciju i znanstveno objašnjenje bolesti. Znanje, ako ništa

drugo, barem tješi, rekao je Einstein. No, koristi li nam ono uistinu i koje i kakvo medicinsko znanje plaćamo? (*Narodni liječnici* iz monografija uzimaju onoliko koliko im ljudi daju jer *ako ti pomogne, dat ćeš što je pravo, ako ti ne pomogne, neka bude Bogu na falu i slavu* (Lovretić 1897:366)).

Prema mojem istraživanju, čini se da nam je upravo taj medicinski *branding* i činjenica da živimo u medikaliziranom društvu u kojemu je svaki problem medicinski objašnjiv, onemogućio da o njima razmišljamo i na neki drugi, nemedicinski način. Naime, veliki broj mojih kazivača se nije našao u mreži biomedicinskih dijagnoza, ali su svoju intimnu, internu definiciju vlastite bolesti ponudili sustavu koji ju je prepoznao i tvrdi da se može s njom nositi, a to je KAM, sustav koji barem dozvoljava da je (kao što je to bio slučaj s jednom kazivačicom) smrt supružnika dovoljan razlog da ste bolesni³³.

Sljedeće poglavlje detaljnije se bavi načinom na koji su liječnici sredinom 20. stoljeća pisali o tradicijskoj medicini. Prije toga treba u zaključku ovog poglavlja još jednom naglasiti da su *lječkaruše* te monografije koje slijede Radićevu *Osnovu* uistinu bile pravi izvori i popisnici znanja o tradicijskoj medicini koje još čekaju ozbiljniju znanstvenu analizu i verifikaciju.

4.3 Rane ideje javnog zdravstva u Hrvatskoj – liječnici na etnografskom zadatku

U razdoblju prosvjetiteljstva većina se europskih država počela organizirano baviti problemima javnog zdravstva. Habsburška monarhija je u tom pogledu zauzela značajno mjesto, posebice zbog toga što je pokrenula procese koji su kasnije postali osnova modernih javnozdravstvenih sustava, a to je donošenje potrebne zakonske regulative, organiziranje infrastrukture te obrazovanje potrebnog osoblja. Tako 1770.

³³ No, čini se da se i tu stvari mijenjaju. U vrijeme pisanja ovog rada u emisiji "Drugo mišljenje" (HRT1, 17. 10. 2008, oko 16:05h) sudjelovala su dva onkologa sa zagrebačkih klinika. Na pitanje voditeljice o tome kako neke žene koje su oboljele od raka dojke same tvrde da je to zbog trauma u životu te o tome koliko je utemeljena ideja da česti bijes ili srdžba mogu izazvati infarkt, jedan od liječnika je jednostavno odgovorio: "Mi ne znamo". I nastavio: "Mi još mnogo toga ne znamo, mi ne znamo ni što je maligna bolest, a danas ako u medicini nešto ne znate, onda to pripisujemo stresu ili psihičkom razlogu".

godine na području Monarhije, uključujući i hrvatska područja, stupa na snagu tzv. *Noramtivum sanitatis*, dakle, opći zdravstveni zakon koji je regulirao osnovne pojmove tadašnjeg shvaćanja javnozdravstvenih načela. (Glesinger 1978: 196). S time u vezi se školovani liječnici šalju u pojedine pokrajine. U Hrvatsku stiže Ivan Krstitelj Lalangue, inače rodom iz Luxemburga, koji se postavlja za županijskog liječnika u Varaždinu. Lalangue je prema tadašnjim shvaćanjima da je prosvjećivanje naroda jedna od temeljnih metoda u podizanju zdravstvenog stanja krenuo u objavljivanje zdravstveno prosvjetnih knjižica. Tako 1776. godine objavljuje prvu zdravstveno prosvjetnu knjigu pisanu na hrvatskom jeziku od strane liječnika, pod naslovom *Medicina ruralis iliti Vrachstva ladanyszka, za potrebochu muzev, y sziiromakov horvatczkog orszaga y okolu nyega, blisnesseh meszt.* Taj „prvijenac hrvatske medicinske književnosti“ (Grmek 1957:3) je bio namijenjen prvenstveno seljacima, a sadržavao je osnovne informacije o građi ljudskog tijela i osnovnim postavkama o zdravom načinu života. Sljedeće njegovo djelo je bilo posvećeno porodu i brizi oko novorođenčeta i majke za vrijeme babinja *Kratek navuk od mestrie pupkorezne* (Grmek 1958:5), dok se treća Lalangueova knjiga bavila sadnjom tada nove namirnice – krumpira, te općenito poboljšanjem prehrane kao jednim od važnih problema tadašnjega hrvatskog sela. (Grmek 1958:19). Očigledno je da Lalangue nastupa kao prosvjetitelj koji pokušava unaprijediti uvjete života na hrvatskom selu, nakon što je „spoznao bijedu i neukost u kojoj se zagorski seljak teško borio za svoj goli opstanak“ (Grmek 1957:5).

Zanimanje za selo i narodnu kulturu ponovno se intenzivira od sredine 19. stoljeća kada brojni liječnici, učitelji i svećenici započinju sa zdravstveno-prosvjetnim radom. Oni objavljuju različite brošure i biltene koji se bave temama vezanim uz zdravlje, prevenciju bolesti ili osobnu i opću higijenu. Mnoge od tih brošura bile su namijenjene baš seljacima i one s kraja 19. stoljeća često su pisane u tipičnom romantičarskom duhu, primjerice kao osobna pisma seljaku koja piše učitelj Davorin Trstenjak (Breko, Dugac i Randić 2001). Među autorima takve vrste literature prednjačili su liječnici. Tako npr. dr. Antun Lobmayer 1898. godine izdaje poznati priručnik *Čovjek i njegovo zdravlje*. Posebno aktivan u tom smisli je bio križevački liječnik Fran Gundrum Oriovčanin koji je objavio gotovo cijelu biblioteku različitih zdravstveno-prosvjetiteljskih djela. Njihov je sadržaj obuhvaćao gotovo sve segmente svakodnevnog života. Tako među ostalim objavljuje i

vrlo značajno djelo *Zdravstvo spolnog života* 1905. godine što je bila rijetka tema u to doba. U tim ranim počecima javno zdravstvenog djelovanja liječnici prije svega koriste metodu zdravstvenog prosvjećivanja no bez ozbiljnijeg istraživanja onoga što se zapravo događa na terenu. Svoje edukativne biltene pišu s pretpostavkom o lošem zdravstvenom stanju hrvatskog ruralnog stanovništva općenito i o njihovim još gorim higijenskim navikama. (Brenko, Dugac, Randić)

Pojavom novih ideja socijalne medicine u Europi prvih desetljeća 20. stoljeća dolazi do promjena u odnosu na javnozdravstvene probleme i u nas. Naši liječnici studirajući u Beču susreću se s novim idejama koje su se savršeno uklapale u iskustvo koje su donosili iz krajeva iz kojih su dolazili. Tu prije svega treba spomenuti Andriju Štampara koji je na studij medicine u Beč došao iz seoske slavonske sredine gdje je imao prilike upoznati sve probleme loše higijene, neprosvjećenosti i siromaštva. U Beču se susreće s idejama o promjeni postojeće kurativne medicine u sustav koji će i preventnoj strani pridavati potrebnu pažnju. Jednako tako socijalna strana medicine postaje žarište interesa mladih i „revolucionarnih“ liječnika toga doba. Štampar je sva ta nova iskustva želio primijeniti i na našem području u čemu je i uspio u idućim desetljećima svoga intenzivnog javnozdravstvenog rada. Krećući od ideje socijalne patologije, po kojoj su uzorci bolesti ne samo biomedicinski, nego i socijalni, promatra društvo kao organizam i vidi ulogu liječnika kao svojevrstnih društvenih terapeuta. Prema njegovu viđenju sustav javnog zdravstva mora biti dostupan svima bez obzira na materijalno stanje korisnika. (Dugac, Andrija Štampar: Resolute fighter for health and social justice...)

Andrija Štampar bio je svjestan jednostavne činjenice da je liječnik zapadne, alopatske biomedicine početkom 20. stoljeća bio teško dostupan ruralnom stanovništvu Hrvatske. Jednako tako bio je svjestan činjenice da osnovni problemi nedovoljne zdravstvene skrbi nisu medicinski, već ekonomski, društveni, socijalni i kulturni. Stoga je s timom svojih suradnika, od kojih je možda najpoznatiji Drago Chloupek, također liječnik, ali i redatelj jednog od najranijih hrvatskih etnografskih filmova, *Jedan dan u turopljskoj zadruzi* iz 1933. godine, osim prosvjećivanja posebnu pažnju posvetio i promatranju i dokumentiranju zdravstvenih navika ruralnoga stanovništva, dakle njihove zdravstvene kulture. Ta saznanja i spoznaje je kasnije koristio u osmišljavanju daljnjeg zdravstvenog prosvjećivanja.

Nije stoga čudno da Štampar u zdravstveno prosvjeđivanje hrvatskog seljaštva kreće upravo od analiza i istraživanja njihove kulture. Detaljnošću svojih zapisa te zapisa svojih suradnika, iscrpnom i detaljno objašnjenom fotodokumentacijom kojom pokušava vrlo minuciozno zabilježiti načine postupanja s bolesnikom, mrtvima, zatim nužnike, postupanje sa smećem i otpadnim vodama, načine liječenja, “alate”, metode i postupke i to na velikom području Hrvatske (posebno Slavonije i Dalmatinske zagore) te Bosne i Hercegovine (posebno središnje Bosne), Andrija Štampar i Drago Chlopuek mogu se svakako ubrojiti u najistaknutije etnografe svojega vremena u Hrvatskoj.

Štamparove ideje o odnosu liječnika i pacijenta te o ulozi liječnika u lokalnoj zajednici bile su revolucionarne i gotovo u skladu s kulturnoantropološkim teorijama današnjice. Prema Štamparu, liječnik u ruralnoj sredini ne smije nastupiti kao superiorni individualac kojem njegovo stručno znanje daje moć nad onima koje liječi, već mora dobro razumjeti potrebe lokalnoga stanovništva i njegovo djelovanje mora proizlaziti upravo iz potreba njegovih pacijenata. Na sličan način kulturna antropologija danas osuđuje zapadni kolonijalni diskurs zapadnoeuropskih antropologa o *Drugima* jer im je jednostavna politička situacija (kolonijalizam) dala moć da progovaraju o *Drugima*, bez da u svoje opise i analize kulture Drugih uključe i njihova stajališta i mišljenja. Prema Štamparu je tajna uspjeha seoskog liječnika “poučavanje, ali i proučavanje naroda” (Štampar 1966).

Što je zapravo od cjelokupnoga tradicijskog medicinskog sustava zanimalo Štampara i njegove suradnike? To su bila svakodnevna ponašanja i navike ljudi koje su se odnosile na njihovo zdravlje te postupci i oblici liječenja i prevencije koje su koristili, sve ono što su u svojoj svakodnevnicu činili kako bi postali i ostali zdravi. Tako postoje zapisi i fotografije nastambi za ljude i životinje, bunara i higijene pitke vode, gnojiva i gnojišta, starih nužnika, pranja rublja. Takve dokumentarističke snimke Štampar i suradnici zatim koriste za izradu brošura i plakata koji unapređuju onaj dio zdravstvene kulture seljaštva koji oni smatraju neodgovarajućim. Od brojnih plakata posebno su zanimljivi oni s natpisima kao što su: *Jedna soba – to su vrata groba*. Ili *Voće nas hrani, a vino tamani.*, zatim *Gdje se po podu pljuje – tamo sušica caruje* i sl.

U svojim prikazima tradicijske medicine običnog čovjeka, Štampar i suradnici su bili vrlo detaljni i opsežni, ali i izuzetno kritični. To je jedan od razloga zbog kojega, iako njihov rad možemo nazvati izuzetno dobrim etnografskim radom, ne možemo nazvati i

etnološkim/etnologijskim, jer, bez obzira na svu širinu njegovih ideja, Štampar prije svega želi nametnuti brze i radikalne promjene u kulturu života hrvatskoga seljaštva s početka dvadesetog stoljeća. Međutim, ako se te promjene odnose na poboljšanje osobne i opće higijene, što bi olakšalo i produžilo životni vijek seljaka, poboljšalo im kvalitetu života te smanjilo broj i olakšalo oblik i trajanje mnogih bolesti, tada se, sa stajališta liječnika Štampara, inzistiranje na *autohtonij* i nepromijenjenoj seljačkoj kulturi mora činiti besmislenom.

I dok Štampar pažljivo i detaljno opisuje svakodnevni život običnog čovjeka, o narodnim liječnicima i iscjeliteljima govori relativno malo i uvijek u negativnom kontekstu. Njihovo znanje i ekspertizu ne doživljava legitimnima, smatra ih prevarantima i šarlatanima, te ga gotovo uopće ne interesiraju načini liječenja koje oni koriste. Naziva ih nadriliječnicima i podupire stroge zakone koji su onda postojali protiv takvih osoba kojima je, ako im se dokaže bavljenje nedozvoljenom medicinskom praksom, prijetila i duga zatvorska kazna. Sve se to uklapalo u tada aktualnu kampanju koju je podržavala medicinska zajednica, posebice preko Zbora liječnika, nastojeći postaviti jasne granice između službenih liječnika i tzv. nadriliječnika čije se djelovanje željelo zakonski sankcionirati.

Zbog Štamparove nesklonosti narodnim liječnicima, danas ostajemo zakinuti za podatke koje bi on vjerojatno jednako detaljno prikupio, o travarima, liječenju biljem općenito, o namještačima kostiju i iščašenja, o osobama koje su obavljale pobačaje, o barbirima, ali i o onima koji su liječili molitvom, bakanjem, zagovorom. Danas, kada je službena biomedicina sklonija mnoge bolesti proglasiti psihosomatskima i priznati da je holistički pristup ljudskom tijelu možda korisniji ili svakako logičniji od kliničkog, takvi podaci bi omogućili vrijedan uvid u povijest razvoja tradicijskoga medicinskog sustava u Hrvatskoj, a možda i olakšali sagledavanje razloga širenja popularnosti tradicijskih medicinskih sustava u Hrvatskoj danas.

I dok Štampar u svojoj teoriji uistinu potiče svoje suradnike na obavljanje etnološkog zadatka, "proučavanje naroda", u praksi je prvenstveno pionir socijalne medicine i najveći zdravstveni prosvjetitelj u Hrvatskoj. Međutim, njegova nesklonost sagledanju važnosti, značaja i značenja drugoga medicinskog sustava osim vlastitog, možda samo pokazuje njegovu veliku predanost cilju da unaprijedi, poboljša i revolucionizira

zdravstvenu kulturu hrvatskoga ruralnog stanovništva i time poboljša kvalitetu njihova života. Primarni cilj mu, dakle, nije analizirati kulturu ili kulturni sustav, već ga promijeniti i *unaprijediti*.

Prema Dugcu, Štamparovo nastojanje na *poučavanju naroda* proizlazi iz njegove gotovo fanatične vjere u napredak znanosti i u blagodati koje taj napredak donosi, te smatra da one moraju biti ravnomjerno raspoređene među svim slojevima stanovništva, a ne biti privilegija bogatih (Dugac 2005:28). U tom svjetlu i njegovo nastojanje na edukaciji stanovništva kroz jasno i imperativno upućivanje što bi se trebalo raditi (kako držati higijenu, kako se brinuti o novorođenčadi), a što nikako ne (piti alkohol, pljuvati po podu, ne održavati nužnike), dobiva sasvim novi prizvuk: znanost je, po njemu, nešto što je “temelj dobrobiti, gospodarskog i društvenog napretka svake nacije” (Dugac 2005:28), te, stoga, upravo kroz edukaciju i poučavanje ruralnog stanovništva možemo pridonijeti njihovom boljem i sretnijem životu.

Kao ni kod Antuna Radića, ni kod Andrije Štampara nisam se usredotočila na njegov politički rad i moguću političku uvjetovanost njegovih ideja. Budući da je primarni interes u ovom radu usmjeren na medicinske sustave, analizira se ograničava na njihov *medicinski* diskurs, a odnos medicine i politike je nit koja se neminovno provlači kroz cijeli rad i u kojoj u potpunosti slijedim Foucaultove ideje objašnjene u uvodnom dijelu (Foucault 2003, 2004).

Prikaz načina na koji se o tradicijskoj medicini u Hrvatskoj pisalo sredinom dvadesetog stoljeća imao je dva cilja: prvi je bio ukazati na činjenicu da i biomedicinski stručnjaci mogu biti uspješni etnografi, a drugi ukazati na činjenicu da se o tradicijskoj medicini u etnologiji između samog početka dvadesetog stoljeća i spomenutih monografija nije pisalo, sve do suvremene etnologije kad se tradicijska medicina ponovo značajnije javlja u etnološkoj literaturi tijekom posljednjih dvadesetak godina.