

INTEGRIRANJE KULTURNE ANTROPOLOGIJE U KLINIČKU PRAKSU

Kulturna značenja i odnos liječnika i pacijenta

Jasna Čapo

Institut za etnologiju i folkloristiku, Zagreb

Prilog se bavi implikacijama kulturnoantropološke interpretativne epistemologije i metodologije za biomedicinski model liječenja uspoređujući kliničku praksu s etnografskim terenskim radom, a liječnika s kulturnim antropologom. Upućuje na prednosti uključivanja subjektivnosti pacijenta i pacijentove osobne priče o iskustvu bolesti u proces liječenja. To se postiže fokusiranjem biomedicinske prakse na pacijenta, pri čemu u razgovoru s pacijentom liječnik piše "etnografiju" ili naraciju o bolesti. Na kraju, prilog postavlja pitanje ne sprječavaju li birokratizacija i zahtjev za ekonomijom vremena razvijanje takve prakse.

Ključne riječi: etnologija i kulturna antropologija, biomedicina, pacijentova priča

Ovaj prilog oslanja se na poziv humanistički i antropološki orijentirane medicine da se u praksi nadvlada znanstveni racionalizam moderne biomedicine s korijenima u kartezijanskoj filozofiji i mehanicističkom dualizmu tijela i duha.¹ Nadilaženje te dualnosti i prihvaćanje egzistencijalnog i duhovnog (Evans 2003), odnosno osobnog cjelokupnog iskustva oboljele osobe² (bio-psiho-socijalnog, Kleinman 1988) kao relevantnog sugerira se u medicinskoj humanistici kao pretpostavka medicine "centrirane na pacijentima". Ona traži redefiniranje specifične zapadne medicinske kulture što počiva na znanstvenoj, biomedicinskoj paradigmi (s epitetima objektivne, empirijske, pozitivističke i racionalne) i ideji vrijednosno neutralnoga objektivnog znanja, isključujući emocionalnost, osobnost, duhovnost, subjektivnost i psihosocijalno stanje oboljele osobe iz medicinskog tretmana (Kleinman 1980; Sered i Taborj 1999; Saunders 2000). Budući da je u osnovi konstrukcije kliničkog problema i nalaženju odluke kako ga tretirati ljudski odnos, a bolest i patnja postavljaju moralna i egzistencijalna pitanja, istinska je "kulturna zagonetka" da se biomedicinska praksa oslanja isključivo na znanstvenu racionalnost i objektivnost utjelovljenu

¹ Rad je nastao za potrebe priručnika za dodiplomski kolegij na Medicinskom fakultetu u Zagrebu "Elementi naracije o medicini i u medicini" koji je 2014. koncipirala i vodi dr. sc. Ana Borovečki. U okviru kolegija imam predavanje o "pacijentovoj priči" iz rakursa etnologije i kulturne antropologije. U domaćoj je etnologiji i kulturnoj antropologiji medicinska antropologija tek u začecima, te ovaj rad valja shvatiti kao skroman i, s obzirom na zadanu temu, specifičan doprinos pisanju u medicinskoj antropologiji u nas. Oslanja se na svjetsku literaturu iz područja medicinske antropologije iz 1980-ih i 1990-ih godina kad su posebno aktualni bili pisanje o potrebi približavanja biomedicine kulturnoj antropologiji i kritika biomedicinskog modela liječenja. Zahvaljujem anonimnom recenzentu na toj primjedbi.

² U radu ću umjesto termina "bolest" i "bolesna osoba" koristiti termine "oboljela osoba" i "oboljenje". Naime, držim da prvi impliciraju da je bolest neka vrsta identiteta osobe, dok drugi, zbog svoje dinamične forme, više upućuju na to da je riječ o promjenjivom atributu osobe.

u liječniku-znanstveniku i na tehnički tretman bolesti, negirajući njezin psihosocijalni i egzistencijalni kontekst (Mattingly 1998). Mattingly objašnjava tu zagonetku paralelnim razvojem biomedicine i kulturno specifične ideje znanstvene racionalnosti nastale u Zapadnim zemljama. Ona je iznjedrila viziju objektivne znanstvene medicine kao primijenjene prirodne znanosti koja, tragajući za skrivenim uzrocima vidljivih znakova bolesti, barata navodno neutralnim znanstvenim činjenicama i biološkim univerzalijama. Brojne kulturnoantropološke studije ukazale su kako su biomedicinske epistemološke pretpostavke o prirodi bolesti kao i biomedicinsko razumijevanje liječenja društveno konstruirani načini razumijevanja bolesti (društveni konstrukti). Zaključile su kako je biomedicinsko znanstveno objašnjenje bolesti restriktivno i pogrešno tumači prirodu bolesti (a time neprikladno tretira probleme u zdravstvenoj zaštiti), da su ono što liječnici smatraju neutralnim znanstvenim činjenicama u stvari interpretacije kliničkih događaja, a liječnička profesija, unatoč auri objektivnosti i znanstvene racionalnosti, uvelike ritualizirana i sakralizirana (ibid.; v. Kleinman 1980 za klasičnu studiju koja ukazuje na sve te aspekte).

Premda je osobnost oboljele osobe isključena iz liječenja, znanstvena biomedicinska paradigma dopušta, pače i očekuje, da instrument liječenja, liječnik, u liječenju sudjeluje i svojim znanjima i svojim ljudskim sposobnostima (Saunders 2000). U skladu s time, medicinska praksa na osobit način definira odnos pacijenata i liječnika, oblikujući ga hijerarhično i asimetrično. Takav asimetričan odnos usko je vezan uz spomenutu znanstvenu biomedicinsku paradigmu. No, sama liječnička praksa, premda je bazirana na znanstvenim zasadama i obrazovanju koji liječnike trebaju podučiti da na racionalan način primjenjuju znanstveno znanje na oboljele osobe, nije znanstvena (ibid.). Ona je kombinacija znanstvenoga rasuđivanja, ali i susreta dviju subjektivnosti. Stoga, zahtjevi za centriranjem biomedicinske prakse na pacijentima ujedno su i zahtjevi za njezinu rehumanizaciju u smislu uključivanja i oboljele osobe kao subjekta u kliničku dijagnostiku i liječenje.

Kanonski biomedicinski pristup karakterizira autoritativni, paternalistički i autonomni liječnik u ulozi eksperta, s jasnom ulogom da od pacijenta dobije relevantnu informaciju (relevantnu za liječnika), primijeni biomedicinski model i iznađe ispravnu dijagnozu i odgovarajući tretman: taj "paket liječenja" se potom "isporučuje" pacijentu (Evans 2003: 9). Oboljela osoba je pri tom reducirana na biološko tijelo i podvrgnuta "tvrđim" tehnološkim tretmanima u dehumanizirajućem procesu, a bolest izolirana od društvenih i osobnih (psiholoških) čimbenika i životnoga iskustva bolesne osobe. S druge strane, kompleksni holistički biopsihosocijalni pristup liječenju u kojemu je oboljeli subjekt, Arthur Kleinman naziva "moćnom terapijskom alternativom" koja pruža "efikasnije i humanije liječenje" (posebice se to odnosi na kronično oboljele) (Kleinman 1988: 9). Ta se alternativa oslanja na rekonceptualizaciju medicinske zaštite (*medical care*) kao a) "empatijskog svjedočanstva egzistencijalnog iskustva patnje" i b) "praktičnog suočavanja s glavnim psihosocijalnim krizama sadržanima u prijetećoj kroničnosti iskustva bolesti" (ibid.: 10). Kleinman sugerira da liječnik praktičar treba prikupiti pacijentove i obiteljske priče o bolesti, razumjeti značenja bolesti za bolesnu osobu i njezinu okolinu, te u svrhu uspješnije-

ga liječenja sačiniti “*mini-etnografiju* promjenjivih konteksta kronične bolesti” ili naraciju o bolesti (*illness narrative*) (istaknula J. Č., *ibid.*: 9; Kleinman 1992; Kleinman i Benson 2006).

Ta vizionarska sugestija dolazi od Kleinmana, psihijatra i kulturnog antropologa koji je desetljećima istraživao kulturne implikacije zapadnoga biomedicinskog sustava liječenja i pledirao za integraciju kulturnih i socijalnih znanosti u biomedicinu. Držao je da bi integracija kulturnoantropoloških koncepata i etnografskih metoda u kliničke postupke biomedicinskog sustava urodila prikladnijim i humanijim praksama liječenja (Kleinman 1980). Smatrao je kako bi sustavna kulturna analiza biomedicinskog sustava iznjedrila novi način konceptualizacije bolesti (u koju bi uz biološku bile uključene i socijalne, kulturne i psihičke dimenzije) i zdravstvene zaštite, različit od biomedicinskoga okvira. To bi predstavljalo “epistemološki prekid i temeljnu reorijentaciju” organizacije zdravstvene zaštite (kliničke prakse) u društvu (*ibid.*: 379–380). U svojim vizijama prikladnije kliničke prakse išao je tako daleko da je predvidio da bi kulturna antropologija (odnosno njezina subspecijalistička disciplina medicinska antropologija, koja proučava medicinske sustave kao kulture) trebala postati integralni dio kliničke znanosti (*ibid.*: 380)! Bavila bi se temeljnim pitanjima primarne zdravstvene zaštite, ponašanjima orijentiranima prema zdravlju, organizacijom i pružanjem zdravstvenih usluga te politikama javnoga zdravstva.

I mimo te izvanredne kombinacije profesija i vizionarskih ideja, i sama sam, kroz izloženost svojih bliskih osoba reducirajućem biomedicinskom tretmanu u hrvatskom zdravstvenom sustavu (v. Čapo Žmegač 2009), uočila moguće implikacije discipline u kojoj sam formirana, etnologije i kulturne antropologije,³ za adekvatniji i humaniji tretman kronično ili terminalno bolesnih osoba. Na tragu Kleinmanovih zaključaka o biomedicini kao društvenom konstrukt s temeljem u povijesno deriviranom razumijevanju patofiziologije i biološkom redukcionizmu, a ograničavajući se na neke njegove manje ambiciozne ideje, prilog se bavi implikacijama kulturnoantropološke interpretativne epistemologije i metodologije za biomedicinski model liječenja, uspoređujući kliničku praksu s etnografskim terenskim radom, a liječnika s kulturnim antropologom.

“Kulturnoantropološki” pristup liječenju centrira se na pacijente i rezultat je istinskoga dijaloga: liječnik uzima u obzir subjektivno iskustvo bolesne osobe, “ne samo radi istraživanja simptoma u traganju za dijagnostičkom točnošću, nego i da bi razumio njegove/njezine nade, strahove, očekivanja, misli, vjerovanja i životni kontekst – tj. da bi drugoga upoznao kao osobu, kao drugog sebe, kao sebi slično ljudsko biće (*a fellow human being*)” (Evans 2003: 9; usp. Kleinman i Benson 2006: 1676). Taj moralni zahtjev nadilazi medicinsku pragmu (korisnost i efikasnost) i ulazi u etičko područje odnošenja prema drugom ljudskom biću kao, ako ne biomedicinskim znanjem a ono zajedničkom ljudskošću, ravnopravnom partneru u liječenju.

³ Domaća inačica kulturne antropologije donedavno je isključivo nosila ime “etnologija”. Međutim, od 2004. ključna obrazovna institucija etnologa u zemlji, Odsjek za etnologiju pri Filozofskome fakultetu Sveučilišta u Zagrebu, mijenja ime u Odsjek za etnologiju i kulturnu antropologiju pa se sintagma “etnologija i kulturna antropologija” danas uobičajila za naziv discipline.

Uz afirmaciju bazične zajedničke ljudskosti kao osnove za ravnopravniji dijalog liječnika i pacijenta, u podlozi ovoga zahtjeva su kritičnost prema biomedicinskoj praksi i posljedični stav da su pacijentova priča o bolesti i iskustvo oboljenja konstitutivni dijelovi iznalaženja dijagnoze i donošenja odluke o adekvatnom liječenju. U tom je smislu ilustrativan primjer koji navodi Epstein (prema Saunders 2000: 21–22).

Obeshrabrena zbog poslovnih poteškoća, četrdesetdvođišnja majka dviju djevojčica razmišljala je o genetskom testiranju na rak dojke kako se približavala dobi u kojoj je njezinoj majci dijagnosticirana ista bolest.⁴ Taj je slučaj postavio niz pitanja: o odnosu rizika i korisnosti genetskog testiranja i o efikasnosti kirurške intervencije. Potom, koji je najbolji odnos liječnika prema pacijentu u ovom slučaju? Je li genetičar pouzdan i u kojoj mjeri je ženina želja za testiranjem temeljena na njezinim strahovima, depresiji ili nepotpunom razumijevanju bolesti i testova? Posve je jasno da je ovdje usko tehničko biomedicinsko znanje i kliničko iskustvo nedostatno za iznalaženje pravog rješenja. Potrebno je osobno poznavanje žene (reagira li ona na tu situaciju na način usklađen s njezinim prethodnim reakcijama i vrijednostima?) i liječnika (koje vrijednosti i predrasude utječu na to kako on/a odlučuje u toj situaciji?), i tek u takvoj horizontalnoj (a ne asimetričnoj) razmjeni i pregovaranju liječnika i žene došlo se do zajedničke odluke. Ona je uključivala propitivanje i tehničkih aspekata medicine (možemo li vjerovati interpretaciji medicinskih testova?) i afektivne domene (kako dobro osoba može tolerirati neizvjesnost i rizik?).

Suradnja liječnika i pacijenta u biopsihosocijalnom modelu liječenja dat će kolaboracijske, zajedničke odluke obiju strana u dijalogu bazirane na dubokom holističkom (obuhvatnom) uvidu u kontekst oboljenja i značenja koja osoba pripisuje svojem stanju ili problemu. Ponekad će iz takva odnosa proizaći i drugačija dijagnoza (Mattingly 1998). Što točno obuhvaća model liječenja centriran na pacijenta i njegovo iskustvo još uvijek nije do kraja definirano (Misselbrook prema Evans 2003: 9). On u svakom slučaju implicira nekoliko uzajamno povezanih aspekata liječenja: ravnopravniju interakciju pacijenta i liječnika, nadilaženje racionalnog tehnicističkog diskursa o bolesti (kao fizičkoj disfunkciji) i otvaranje holističkom biopsihosocijalnom modelu liječenja.

Etnologija i kulturna antropologija bave se značenjima pojava za ljude, pa tako i oboljenja, postavljajući pitanja o značenju i iskustvu oboljenja u ukupnom iskustvu individue. Osim toga, unutar disciplina javljaju se spoznajna pitanja i problemi analogni onima o odnosu liječnika i oboljeloga. Vezana su uz odnos istraživača-kulturnog antropologa i istraživanih-pripadnika kulturnih i društvenih skupina (treba li ga ostvariti kao odnos subjekt-objekt ili subjekt-subjekt?), načine prikupljanja podataka o ljudima iz istraživanih kultura (je li primarno promatranje – sa sudjelovanjem – ili slušanje?), njihovu kontekstualizaciju (u širem kulturnom okruženju) i razumijevanje iz očista istraživanih, uz pomoć lokalnih koncepata (“emski”) i/li iz

⁴ Nedavno je sličan slučaj Angeline Jolie izazvao veliku pažnju javnosti i laičke komentare u medijima i na društvenim mrežama. Kako nisam pronašla kulturnoantropološki i biopsihosocijalno medicinski relevantnu analizu njezina slučaja, navodim Epsteinov primjer.

očista istraživača, uz pomoć znanstvenih koncepata (“etski”) i sl. Ta su pitanja vrlo relevantna za biomedicinsku praksu.

Etnologija i kulturna antropologija manje-više su dovršile put prema humanizaciji svoje istraživačke prakse i ravnopravnijem odnosu kulturnog antropologa prema istraživanim dok je, barem u nas, humaniziranje biomedicinske prakse okretanjem prema biopsihosocijalnom modelu liječenja i pacijentima kao subjektima u liječenju tek u začetku, za razliku od drugih zemalja tzv. Zapadnoga svijeta. Stoga mi se čini da nije naodmet izložiti potencijal kulturnoantropoloških uvida za biomedicinsku praksu u lokalnom kontekstu. Dok su promjene u kulturnoantropološkom pristupu imale prije svega spoznajni i humanistički značaj, u medicinskoj praksi kontekstualizirano (holističko) znanje o oboljenju, slušanje priča oboljelih i njihovih obitelji, partnerstvo liječnika i pacijenata, sagledavanje pacijenata kao subjekata procesa ozdravljenja, a ne kao objekata izloženih racionalnim, impersonalnim medicinskim tehnologijama i intervencijama, uz spoznajno i humanistički relevantna značenja imaju i posve pragmatično značenje – iznalaženje adekvatnijega i efikasnijega liječenja.

Etnologija/kulturna antropologija

Jedinstvenu antropološku perspektivu na kulturu i društvo je teško formulirati. Kulturnoantropološka je disciplina⁵ iznimno heterogena, od tridesetih godina 20. stoljeća dolazi do podvajanja između perspektiva bližih znanstvenim pristupima, pozitivizmu, objektivnim i autoritarnim predstavljajima kulture i načina života društvenih skupina te, s druge strane, humanističkim, interpretativnim i subjektivističkim pristupima. Među prve možemo ubrojiti evolucionističke i strukturalističke teorije i pristupe; među druge različite historijske, psihološke i interpretativne perspektive. Kulturnoj je antropologiji, dakle, inherentna perspektivna heterogenost unutar discipline.

Kulturna antropologija se tradicionalno bavila zajednicama izvan istraživačeve (po čemu se, između ostaloga, razlikovala od sociologije): kulturama i društvima prostorno znatno udaljenima i različitima od istraživačeve, pa govorimo da su *drugi, drugost, različitost* konstitutivni za kulturnoantropološki prosede i razumijevanje kultura. Susret s *drugim* je smatran fundamentalnom kulturnoantropološkom metodom. Suvremena kulturna antropologija na Zapadu u međuvremenu “se vratila kući”, te u posljednjih tridesetak godina istražuje i domaće, vlastito, oblikujući disciplinu nazvanu “antropologija kod kuće” (Jackson 1987). U domaćoj inačici kulturne antropologije, etnologiji, dogodio se donekle usporediv pomak u tematskom fokusu: od proučavanja seoskih zajednica i ruralnih ambijenata i tradicionalnih kul-

⁵ Etnologija odnosno kulturna antropologija poddiscipline su opće antropologije i valja ih razlikovati od drugih antropoloških disciplina: biološke antropologije (za koju se u nas češće rabi samo naziv “antropologija”), lingvističke i arheološke antropologije. Četverolisna podjela antropologije prevladava u američkim koncepcijama ove znanosti; europske su tradicije drugačije.

turnih obrazaca (načina gospodarenja, građenja, tradicionalnog odijela, svetkovanja, folklor, glazbe i plesa), etnologija – danas u nas nazvana i kulturna antropologija – orijentirala se na istraživanje “bliskih” domaćih svjetova, urbanih i ruralnih (Gulin Zrnić 2006; Čapo Žmegač, Gulin Zrnić i Šantek 2006). Dijapazon tema kojima se bave i domaća i strana kulturna antropologija je izrazito velik: uz bok nekim klasičnijim temama (srodstvo i obitelj, načini privređivanja, religija i ritual) danas su propulzivne feminističke teme, migracije i mobilnost u raznim oblicima i kako mijenjaju tradicionalnije perspektive o identitetu skupina, rasizam i nejednakost, nacionalizam i državljanstvo, manjinska i ljudska prava, socijalni pokreti ...

Sve ih objedinjuje pojam kulture, jer je kulturna antropologija znanost koja nastoji ukazati na moć i stvarnost kulture u ljudskom iskustvu (Peacock 1986). Kultura je skupini ljudi zajedničko razumijevanje stvarnosti; trajni, no ne i nepromjenjivi način mišljenja i uređenja života, koji utječe na sve aspekte iskustva individua, članova društva. Obuhvaća pravila, kodove, vrijednosti, značenja, konvencije koje su zajedničke i podrazumijevaju se unutar skupine. Ona je zajednička skupini, a istodobno je stečena (naučena), a ne naslijeđena. Međutim, ne valja je pojmiti kao fiksni i nepromjenjivi atribut grupe, koji je sinoniman i zamjenjiv s nekim drugim “obilježjima” skupine kao što su etničnost, nacionalnost, jezik ili religija. Kultura je proces u kojemu obične svakodnevne aktivnosti imaju značenja za članove društva te time dobivaju emotivne predznake i moralna značenja (Kleinman i Benson 2006: 1674, usp. Čapo Žmegač 2002). Kulturni procesi nisu isti za sve članove skupine; oni se razlikuju zbog dobnih, rodnih, političkih, klasnih, religijskih, etničkih i individualnih razlika. Cilj je kulturne antropologije objasniti taj kulturni (značenjski) kontekst življenoga iskustva pojedinaca i skupina i njegove mijene (Forsey 2010).

Adekvatno razumijevanje kulturnih značenja, smatraju etnolozi i kulturni antropolozi, ne može se dobiti putem anketiranja osoba (klasična istraživačka metoda kvantitativno orijentiranih društvenih znanosti, npr. sociologije), nego putem istraživanja koje traži izravan, “duboki” kontakt sa sudionicima kulture i uvid u i razumijevanje njihova svakodnevnog života. Cilj je etnologa/kulturnog antropologa da pažljivo sluša kazivanja (pričanja) o životu sudionika kulture i promatra materijalne uvjete života i strukturne silnice koje određuju društveno ponašanje i značenja koja ljudi pripisuju tim uvjetima i silnicama. Holistički pristup smatra se još jednim distinktivnim obilježjem kulturne antropologije: istraživati holistički znači, usredotočujući se na neki aspekt kulture, sagledati ga unutar širega konteksta.

Kontakt sa sudionicima kulture uspostavlja se na etnografskom terenskom istraživanju. Ustanovio ga je Bronislaw Malinowski, čuveni britanski antropolog poljskoga podrijetla, manje-više slučajno. Malinowski se u vrijeme Prvoga svjetskog rata zatekao na britanskom (tada za austrougarskoga državljanina neprijateljskom) teritoriju u Zapadnom Pacifiku, gdje je bio zadržan, no omogućeno mu je da obavlja etnografska istraživanja (na Trobrijandskom otočju u Melaneziji). Od tada se uvrijedilo specifično etnografsko prikupljanje podataka: s odlaskom na teren i dugotrajnim – višemjesečnim ili (više) godišnjim boravkom i životom u kulturnom okruženju koje se istražuje. Takav je terenski rad postao arhetipsko mjesto kulturnoantropološke

discipline. Ujedno je nastao mit o kulturnoantropološkoj istraživačkoj praksi kao usamljениčkoj aktivnosti, svojevrsnom ritualnom novicijatu i ispitu zrelosti kojim se kulturni antropolog prima u stručne kulturnoantropološke redove (Gupta i Ferguson 1997; Forsey 2010).⁶

Ključne istraživačke metode u etnografskom terenskom istraživanju (v. detaljno u Potkonjak 2014) su sudioničko promatranje (*participant observation*), kroz koje se stječe izravno iskustvo o svakodnevici istraživane zajednice, te formalni i neformalni intervjui s istraživanimima. Sudioničko promatranje podrazumijeva boravak među istraživanimima, izloženost njihovoj svakodnevici pa i sudjelovanje u njihovim dnevnim aktivnostima i njihovo promatranje. Etnografski je zahtjev da se svjetovi istraživanih zahvate iz njihovih očista, uz pomoć njihovih koncepata razumijevanja svijeta (“emski”). Intervjui ili razgovori nemaju unaprijed pripremljen set pitanja, već su polustrukturiranoga i otvorenoga tipa s ciljem da se dobije što šira slika o istraživanom pitanju, ostavljajući prostora istraživanimima da istraživača upozore na neke važne aspekte istraživačkog problema i objasne značenja događaja ili pojava. Intervju se time prilagođuje eksploratornoj prirodi etnografskog istraživanja (ibid.) i više nalikuje razgovoru nego klasičnom intervjuu s unaprijed planiranim pitanjima. Njegov proizvod je naracija ili priča o osobnim iskustvima (životna priča, *life story*). Klasične studije drugih u “egzotičnim” okruženjima privilegirale su vizualne metode istraživanja (promatranje). Metoda “angažiranog i sudjelujućeg” slušanja u razgovorima s istraživanimima nedavno je tematizirana kao češće i poželjnije obilježje kulturne antropologije vlastitog društva, a ujedno i kao kritika pretežito promatračkog prikupljanja podataka (Forsey 2010).

Terenski rad je klasična metoda prikupljanja podataka u kulturnoj antropologiji, no zbog svoje prirode – bivanja i života među sudionicima kulture – ujedno je i transformirajuće osobno iskustvo u susretu s drugima. Etnografskom radu je stoga inherentna dvojnost: kulturni antropolog se kreće između sudjelovanja i promatranja, uključenosti (angažiranosti) i odvojenosti (*distance*), iskustva i analize, subjektivnosti i objektivnosti (Peacock 1986).

Prema toj se dvojnosti u disciplini različito odnosi: jedni drže da je moguće “ukrotiti” subjektivistički aspekt, drugi drže da ga treba uključiti u istraživanje i na samopropitivanju kulturnog antropologa temeljiti kulturnoantropološko znanje. Prema spoznajnim zahtjevima (epistemologijama) prve polovice 20. stoljeća, smatralo se da upravo istraživanje prostorno udaljenih i različitih kulturnih svjetova omogućuje stjecanje objektivnog znanja o istraživanimima. Istraživanje kulturnom antropologu nepoznatih kultura trebalo je osigurati istraživačku distancu i, kao posljedicu, objektivno znanje o predmetu; u podlozi je bila težnja k neutralizaciji subjektivnosti istraživača (a subjektivnost istraživanih nije uopće uzimana u obzir). Te su epistemologije počivale na pozitivizmu i njegovu postulatu da u stvarnosti postoje činjenice neovisno od subjektivne percepcije i interpretacije. Znanje utemeljeno na takvim navodno objektivnim činjenicama i provjereno sustavnim znanstvenim

⁶ Možemo povući paralelu s medicinskom profesijom. Naime, liječnički staž analogan je proces novicijata prije primanja u liječničku profesiju.

procedurama smatralo se znanstvenim. Oslanjanje na pozitivizam u kulturnoj antropologiji rezultiralo je faktografskim, objektivizirajućim i detaljnim opisima kulture i načina života zajednice, koji su nastojali umaći subjektivnosti istraživača i istraživanih. Tekstualna predstavljanja (opisi) kulture bila su u skladu s time pisana autoritarnim, sveznajućim i generalizirajućim glasom istraživača, autoritetom akademskog diskursa, u kojemu su istraživani bili prezentirani kao apstraktni generički pripadnici skupine prekriveni autoritativnim glasom kulturnog antropologa.⁷ Antropologova je pak subjektivnost bila skrivena i stilizirana kao objektivnost navodno nepristranog istraživača (usp. Ceribašić 2015).

Suprotno netom spomenutom, alternativni načini spoznavanja u kulturnoj antropologiji uključuju subjektivnost i istraživača i istraživanih u prikupljanje podataka i stvaranje znanja. Interpretativna perspektiva postulira da činjenice ne postoje neovisno od promatrača, već su percipirane kroz određeni referencijalni okvir istraživača i istraživanih, te je znanje konstrukcija koja reflektira svijet iz perspektive istraživača u susretu s perspektivama istraživanih. Američki kulturni antropolozi Clifford Geertz i Paul Rabinow neki su od najpoznatijih promicatelja interpretativne kulturne antropologije: oni nastoje razumjeti “domorodački pogled na svijet” (*the native’s point of view*) ili iskustvu-bliske koncepte (“emske”) koje istraživani rabe da bi opisali svoj svijet. Kulturni antropolog sagledava te koncepte kroz vlastitu interpretativnu leću oblikovanu teorijskim problemom, te konceptima i teorijama koje koristi (kažemo da se služi od iskustva-udaljenim konceptima ili “etskim” pristupom), kao i vlastitom osobnošću. Kulturnoantropološko je znanje, stoga, disciplinarnim konceptima i teorijama oblikovana interpretacija značenja koja pripadnici istraživane zajednice daju svojem životu (Geertz 1983). Ili, kako je kazao Rabinow, kulturnoantropološke “činjenice” (podaci) “ne mogu biti prikupljene kao da su stijene, podignute i stavljene u kutije i odaslane kući da se analiziraju u laboratoriju” (Rabinow 1977: 150). One su neodvojive od obaju subjekata etnografskoga susreta, ili, drugih riječima, i istraživač i istraživani sudjeluju u njihovu stvaranju. Kulturni antropolozi se razlikuju po tome koliko prostora u svojim interpretacijama daju iskustvu-bliskim konceptima istraživanih subjekata, no rijetko koji će ih posve zanemariti. Stoga govorimo o istraživanima kao o subjektima, odnosno o etnografskom terenskom istraživanju kao o susretu dvaju subjekata: istraživača i istraživanih, pri čemu ovi posljednji više nisu u ulozi objekta istraživanja, nego su aktivni sustvaratelji znanja. Kulturnoantropološko znanje je partnersko i kolaborativno, dok pripadnici istraživane zajednice i istraživač “kontinuirano tijesno surađuju počam već od inicijalnog definiranja predmeta i ciljeva istraživanja, pa preko prikupljanja građe, načina njezine obrade” (Ceribašić 2015), a ponekad dolazi i do kolektivnog autorstva (usp. Razsa i Kurnik 2012). U kojoj je mjeri ta suradnja simetričan susret dvaju subjekata u kojemu se dokida odnos moći, mišljenja se razilaze. Držim kako o tome nije moguće raspravljati samo u terminima odnosa moći između istraživača i istraživanih. Etnografski

⁷ Kulturnoantropološki su tekstovi govorili “Navajo čine to i to” ili “Nueri su takvi i takvi”. Predmnijevajući iste, svim članovima kulture zajedničke obrasce, homogenizirali su istraživane skupine i zanemarivali unutargrupne varijacije i razlike.

susret je angažman s drugima, koje istraživač tretira kao individue, poštujući njihovu osobnost i njihov doprinos stvaranju antropoloških podataka. Tako prikupljenu građu istraživač-znanstvenik interpretira pomoću teorija o kulturi i društvu, dakle, pomoću znanstvenih ili "iskustvu-udaljenih koncepata" ("etskih") te je u konačnici znanstvenik ipak autor određene interpretacije.

Biopsihosocijalna medicina

Razvidno je iz ovoga kratkoga prikaza etnologije i kulturne antropologije da je Arthur Kleinman, kad je još prije trideset i više godina zacrtao put za integriranje kulturne antropologije u biomedicinsku praksu, prepoznao veliki potencijal te discipline za biomedicinu, s učincima ponajviše u otvaranju vrata komplementarnim sociokulturnim tumačenjima oboljenja i uključivanju subjektivnosti oboljeloga u zdravstveni proces. Stoga ne iznenađuje ni njegov zahtjev da bi liječnike valjalo obrazovati u toj humanističkoj i društvenoj znanosti. Pogledajmo zašto bi to bilo konkretno korisno.

Gljučni odnos u zdravstvenoj djelatnosti, kao što je to i u kulturnoj antropologiji, jest ljudski odnos, odnos dvaju subjekata: tu se zbiva neposredan, blizak, intenzivan, manje ili više dugotrajan susret liječnika (kulturnog antropologa) s oboljelim (istraživanima). Biomedicina je, kao uostalom i kulturna antropologija, koncipirana na znanstvenoj metodi i proceduri iz koje se željelo isključiti djelovanje subjekta, onoga nad kojim se obavlja istraživanje, odnosno kojemu se pomaže u procesu liječenja. Obje su, temeljeći se na filozofiji prosvjetiteljskog racionalizma, ideji o pozitivističkom činjeničnom znanju lišenom vrijednosnih sudova, dobivenom promatranjem (a ne slušanjem sugovornika) držale da je moguća distanca od subjektivnih učinaka, čak i kad je temeljni odnos spoznavanja (tj. odnos u kojemu nastaje znanje) odnos dviju individua. Uvid da se u oba odnosa zbiva susret dva subjekta te da je etnografsko znanje, odnosno jezgra kliničke prakse interpretativna, a činjenice nisu lišene vrijednosnih sudova, zbio se paralelno u obje discipline, otprilike sedamdesetih godina prošloga stoljeća (u biomedicini pod utjecajem kulturne antropologije). Tako su se obje vratile svojim humanističkim temeljima, unaprijedivši svoj dotadašnji objekt bavljenja (biološko tijelo/kulturu istraživanih) u partnerski subjekt. Obje su reflektirale općeznanstveno napuštanje pozitivističkih paradigmi, propitivanje mogućnosti spoznavanja, statusa znanja, uloge istraživača/liječnika u spoznavanju i sl.

Premda se čini da je interpretativni subjektivistički pomak bolje udomljen u etnologiji i kulturnoj antropologiji nego u zdravstvenoj praksi, osobito kad je riječ o hrvatskom kontekstu, neka kulturnoantropološka istraživanja biomedicinskih institucija potvrđuju da i u njima paralelno postoje različiti tipovi diskursa o tijelu, bolesti i pacijentu: dominantni, službeni biomedicinski govor (diskurs) i narativni govor koji posvećuje pozornost pacijentima kao subjektima zdravstvenoga procesa i kontekstualizira oboljenje u socijalno, kulturno i psihičko okruženje. Do takvoga je zaključka došla Cheryl Mattingly (1998) dugogodišnjim istraživanjem prakse i dis-

kursa radnih terapeuta u nekoliko sjevernoameričkih bolnica. Nazvala ih je “kartonskim” i “narativnim” govorom. Odvajajući biološke procese od nebioloških aspekata osobe, znanstveno utemeljen biomedicinski ili “kartonski” govor (*chart talk*) uobičajen je izričaj biomedicine. Moćnim autoritativnim monologom liječnik imenuje (dijagnostičara) bolest koja je uzrokovala fizičku disfunkciju i prepisuje terapijski tretman služeći se tehničkim terminima i kliničkim objašnjenjima koja se oslanjaju na kanone znanstvene racionalnosti. Pacijenti taj govor uglavnom ne razumiju. Radni terapeuti su ga koristili u službenim interakcijama s drugim osobljem i međusobno. U takvom govoru subjektivnost oboljele osobe i njezina “priča” o sebi i o bolesti su isključene, jer, kako se tvrdi, subjektivno iskustvo oboljele osobe nema mjesta u objektivnoj znanstvenoj analizi. Oboljela osoba je reducirana na biološko tijelo i lišena aktivnoga sudjelovanja u dijagnostičko-terapijskom procesu te time, kaže Mattingly, dehumanizirana. Međutim, unutar zdravstvenih institucija supostoje i drugačiji govori.

“Kartonskom” govoru suprotne su naracije kojima osoblje u neformalnim situacijama kliničkoga okruženja priča o pacijentima. U govoru koji antropologinja naziva “pričanje priča” (*storytelling*) pacijenti su subjekti priče, a njihova bolest se kroz njihove i priče osoblja o njihovu iskustvu individualizira: priče uključuju ne samo informacije o pacijentima, nego i o članovima obitelji, složenim društvenim odnosima i kulturnim tumačenjima bolesti, sve ono što biomedicinski diskurs preskače kao irelevantne podatke. Prema autorici, naracija o pacijentima ima drugačije načine povezivanja informacija o pacijentu od “kartonskog” govora, jer uključuje detaljan obuhvatni portret osobe i njezina iskustva patnje.

Mattingly tvrdi kako korištenjem tih dvaju govora radni terapeuti – a autorica kaže da to vrijedi i za drugo medicinsko osoblje – konstituiraju različite kliničke predmete (probleme). U njihovoj podlozi su radikalno drukčiji koncepti racionalnosti: znanstvena (kartonski govor) i praktična (narativni govor) racionalnost. Ukorjenjujući se u osobnom iskustvu, povezujući odluke o liječenju s kompleksnim osobnim i društvenim povijestima kao i finim detaljnim čitanjima motiva i razumijevanja oboljele osobe i njezine okoline, praktična racionalnost teži iznaći najbolji način postupanja u konkretnoj situaciji mimo uobičajenih znanstvenih procedura analize i zaključivanja. Pričanja osoblja o pacijentima, temeljena na pacijentovim pričama o sebi, bolest upisuju u sociokulturni i individualni kontekst i životno iskustvo. Istodobno, pričanja integriraju život pacijenata u biomedicinski tretman, te ga kao posljedicu individualiziraju, a mogu voditi i potpuno drugačijem sagledavanju kliničkog problema.

Tako ova studija potvrđuje Kleinmanove ideje da je poznavanje biopsihosocijalnog konteksta života oboljele osobe korisno za iznalaženje primjerenijeg liječenja. Ujedno joj se holističkim sagledavanjem vraćaju druge dimenzije postojanja: oboljela se osoba sagledava kao biološko tijelo, ali i kao psiho-socio-kulturno biće, k tome, biće koje pati. Rehumanizacijom oboljela osoba postaje subjekt i akter svojega liječenja. Da bi se takvo liječenje postiglo, Kleinman je tražio da kliničari postanu etnografi i kulturni antropolozi i da svoju ekspertizu “stave uz bok (ne ponad i iznad)”

pacijentovih objašnjenja i priča (Kleinman i Benson 2006: 1674). Predvidio je šest koraka kojima bi liječnici realizirali svoju “mini-etnografiju” pacijentova oboljenja, od kojih spominjem nekoliko. Temeljno je za “etnografski” pristup pacijentu da se pozornost decentrira od individualne patologije i oboljele osobe prema značenjima unutar kojih osoba priča o svojoj bolesti, iskustvu bolesti i patnje izazvane bolešću te reakcijama obitelji na oboljenje. Ključno je dakle pitanje: “Što je na stvari kad se pacijenti i njihovi bliski suoče s epizodom bolesti?” Razumijevajući značenja bolesti za pacijenta i njegovu okolinu, liječnik bi trebao rekonstruirati pacijentovu “naraciju o bolesti” (*illness narrative*), pacijentove modele objašnjavanja što znači biti bolestan, što bolest unosi u njegov/njezin život. Kleinman i Benson tvrde kako takva informacija “može imati ozbiljne implikacije za liječenje” (ibid.: 1675). Drugi je važan dio pacijentove priče sadržan u razumijevanju glavnih psihosocijalnih problema s kojima se susreće oboljela osoba, primjerice obiteljske napetosti, problemi na poslu, financijske poteškoće, osobne tjeskobe i sl. Pridruže li se tome zahtjevi da se pacijente ne stereotipizira i ne stigmatizira kao predstavnike određene kulturne zajednice, nego da ih se individualizira,⁸ ostvaruje se humaniji i etički odnos prema pacijentu, uz to što se potencijalno iznalaze uspješniji načini liječenja.

Kad liječnik sluša pacijentovo pričanje o bolesti, i kad mu sam postavlja pitanja o značenjima i iskustvu suočavanja s bolešću ne bi li shvatio širi biopsihosocijalni kontekst bolesti (a ne postavlja mu samo ona pitanja koja su relevantna iz biomedicinske perspektive), uobičajeno asimetričan susret liječnika i pacijenta postaje, ako ne posve ravnopravnim, zasigurno manje obilježen neravnopravnim odnosima moći. Bub se zalaže za razvijanje partnerskog odnosa liječnika i pacijenta i tehnike slušanja kronično bolesnih osoba ne u kvantitativnom, već u kvalitativnom smislu. Drži da valja mijenjati medicinsku kulturu tako da slušanje u medicinskoj praksi ne smatramo činom dobre volje proizašle iz empatije (suosjećanja), nego “ključnom kliničkom vještinom koja je isto toliko znanost koliko i umjetnost” (Bub 2004: 64).⁹ Pacijentove “tužaljke” (*laments*) su, prema istom autoru, izraz “sveprožimajuće patnje” pacijenata; uostalom, naziv “pacijent” etimološki dolazi od latinskog glagola “patiti”, pa se slušanjem o patnjama pacijenta medicina vraća originalnom značenju tog termina. Liječnikova otvorenost da sluša pacijentove tužaljke vraća duhovnost i ljudskost u medicinsku praksu, facilitira partnerstvo između liječnika i pacijenta, te štedi vrijeme i novac za liječenje (ibid.).

Primjenom te etike pacijent više nije u marginaliziranoj subjektivnoj poziciji, odnosno u poziciji predmeta (objekta) promatranja i liječenja – u odnosu koji dovodi u pitanje ljudskost pacijenta (Sered i Taborj 1999) – već mu se vraća ljudskost i do-

⁸ Vrlo su važne Kleinmanove i Bensonove opaske koje proizlaze iz njihova kulturnoantropološkog shvaćanja kulture ne kao zadanog identiteta pojedinca (pacijenta), već kao konteksta prema kojemu se pojedinac aktivno odnosi te stoga traži nestereotipizirano, nego individualizirano liječenje (usp. Bukovčan 2010), kao i iz zahtjeva da liječnik – u ulozi kulturnog antropologa – samorefleksivno osvijesti biomedicinsku kulturnu praksu (s njezinim stereotipnim postupcima, neodgovarajućim i pretjeranim korištenjem tehnologije i sl.). No, u ovom prilogu koji se usredotočuje na “pacijentovu priču” te opaske ostavljam po strani.

⁹ Usp. Saunders (2000), koji je koncept umjetnosti primijenio na ulogu liječnika kad ona izlazi iz okvira znanstvenog biomedicinskog zaključivanja.

stojanstvo. Dolazi i do dijaloški zasnovana susreta, u kojemu liječnik i oboljela osoba kroz uzajamno informiranje, slušanje i uvažavanje te pregovaranje iznalaze zajednička rješenja zdravstvenoga problema. Zbog visokostručnoga specifičnoga liječnikova znanja osnaživanje bolesnikove subjektne pozicije u biomedicini je ograničenije i teže se probija kao alternativa u praksi nego što je to slučaj s kolaborativnim epistemologijama u etnologiji/kulturnoj antropologiji. Pitanje je, kako ga postavljaju Surbone i Lowenstein (2003), i je li apsolutna simetrija u odnosu liječnik-pacijent moguća, a potom i je li uopće potrebna. Ti autori, sami liječnici, tvrde kako je riječ o odnosu različitosti: egzistencijalnih, statusnih i epistemskih (pacijent i liječnik imaju različit tip znanja o bolesti). No, tom susretu inherentna asimetričnost nije, prema autorima, prepreka recipročnosti. Dekonstruirajući negativne etičke konotacije asimetričnih odnosa kao konstrukt zapadnih etičkih epistemologija, sugeriraju da se recipročnost može utemeljiti u razlici između liječnika i pacijenata. Tome je slična pozicija suvremenog kulturnog antropologa u odnosu na istraživane.

Zaključno

Biomedicinska je praksa interpretativna, interakcijska, dijaloška i iskustvena (ukratko, neznanstvena) te ne može biti zasnovana isključivo na znanstvenim biomedicinskim činjenicama. Stoga bismo mogli reći kako je objektivnost nemoguća, a subjektivnost je neizbježan i posve legitiman dio liječenja. Subjektivnost, kako ona liječnika tako i pacijenata, inherentna je biomedicinskoj praksi. Oni govore različitim jezicima: liječnici navodno vrijednosno neutralnim i objektivnim, univerzalnim biološkim jezikom tijela odvojenoga od drugih aspekata osobe; pacijenti subjektivnim jezikom holističkog iskustva oboljenja s fiziološkim, socijalnim, kulturnim i psihičkim dimenzijama. Budući da koriste različite koncepcije bolesti i njihova percepcija bolesti je različita. Prihvaćanjem relevantnosti pacijentova tipa znanja, a kroz postavljanje za pacijenta relevantnih pitanja i angažirano slušanje pacijentove priče, kulturnoantropološki orijentirani liječnici konstruiraju širi kontekst oboljenja i drugačije uvide u liječenje. Pritom se realizira i za pacijenta iznimno važno priznanje njegove boli i patnje, te susret postaje ne samo susret eksperta s objektom ekspertize, već subjekta s drugim subjektom.

Je li takav pristup liječenju ostvariv? Imaju li liječnici vremena za etnografski intervju pacijenta? Kleinman i Benson (2006) misle da bi morali naći vremena za razumijevanje pacijentovih koncepcija bolesti, koje bi ih potom vodile kroz dogovaranje s pacijentima i donošenje odluke o liječenju. Premda mislim da je nužno na taj način humanizirati biomedicinsku praksu, držim da je to vrlo teško ostvarivo pogotovo u domaćim uvjetima njezine posvemašnje birokratizacije, u kojima su birokratizacija i vremenska efikasnost važnije od istinskoga susreta sa i slušanja pacijenta.

LITERATURA

- Bub, B. 2004. "The Patient's Lament. Hidden Key to Effective Communication: How to Recognise and Transform". *J Med Ethics; Medical Humanities* 30: 63–69. [https://doi.org/10.1136/jmh.2004.000164]
- Bukovčan, Tanja. 2010. "Nije za one slabih živaca – pitanja etičkog i moralnog relativizma u medicinskim etnografijama". *Etnološka tribina* 33: 45–56.
- Ceribašić, Naila. 2015. "Povrh tekstualnog predstavljanja u etnomuzikologiji. Od epistemologije do angažmana i pragme". *Arti musices* 46/2: 185–201.
- Čapo Žmegač, Jasna. 2002. *Srijemski Hrvati. Etnološka studija migracije, identifikacije i interakcije*. Zagreb: Durieux.
- Čapo Žmegač, Jasna, Valentina Gulin Zrnić i Goran Pavel Šantek, ur. 2006. *Etnologija bliskoga. Poetika i politika suvremenih terenskih istraživanja*. Zagreb: Institut za etnologiju i folkloristiku, Naklada Jesenski i Turk.
- Čapo Žmegač, Jasna. 2009. "Dva života i dvije smrti. Prilog antropologiji smrti i umiranja". U *Izazov tradicijske kulture. Svečani zbornik za Zoricu Vitez*. Naila Ceribašić i Ljiljana Marks, ur. Zagreb: Institut za etnologiju i folkloristiku, 147–169.
- Evans, R. G. 2003. "Patient Centered Medicine. Reason, Emotion, and Human Spirit? Some Philosophical Reflections on Being with Patients". *J Med Ethics; Medical Humanities* 29: 8–15. [https://doi.org/10.1136/mh.29.1.8]
- Forsey, Martin Gerard. 2010. "Ethnography as Participant Listening". *Ethnography* 11/4: 558–572. [https://doi.org/10.1177/1466138110372587]
- Geertz, Clifford. 1983. "'From the Native's Point of View'. On the Nature of Anthropological Understanding". U *Local Knowledge. Further Essays in Interpretive Anthropology*. Clifford Geertz. SAD: Basic Books, 55–70.
- Gulin Zrnić, Valentina. 2006. "Domaće, vlastito i osobno. Autokulturna defamilijarizacija". U *Etnologija bliskoga. Poetika i politika suvremenih terenskih istraživanja*. Jasna Čapo Žmegač, Valentina Gulin Zrnić i Goran Pavel Šantek, ur. Zagreb: Institut za etnologiju i folkloristiku, Naklada Jesenski i Turk, 73–95.
- Gupta, Akhil i James Ferguson. 1997. "Discipline and Practice. 'The Field' as Site, Method, and Location in Anthropology". U *Anthropological Locations. Boundaries and Grounds of a Field Science*. Akhil Gupta i James Ferguson, ur. Berkeley: University of California Press, 1–46.
- Jackson, Anthony, ur. 1987. *Anthropology at Home*. London: Tavistock Publications Ltd.
- Kleinman, Arthur. 1980. *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- Kleinman, Arthur. 1988. *The Illness Narratives. Suffering, Healing, and the Human Condition*. New York: Basic Books.
- Kleinman, Arthur. 1992. "Local Worlds of Suffering. An Interpersonal Focus for Ethnographies of Illness Experience". *Qualitative Health Research* 2/2: 127–134. [https://doi.org/10.1177/104973239200200202]
- Kleinman, Arthur i Peter Benson. 2006. "Anthropology in the Clinic. The Problem of Cultural Competency and How to Fix It". *PLoS Medicine* 3/10: 1673–1676.
- Mattingly, Cheryl. 1998. "In Search of the Good. Narrative Reasoning in Clinical Practice". *Medical Anthropology Quarterly* 12/3: 273–297. [https://doi.org/10.1525/maq.1998.12.3.273]
- Peacock, James L. 1986. *The Anthropological Lens. Harsh Light, Soft Focus*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Potkonjak, Sanja. 2014. *Teren za etnologue početnike*. Zagreb: Hrvatsko etnološko društvo, Filozofski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, FF press.
- Rabinow, Paul. 1977. *Reflections on Fieldwork in Morocco*. Berkeley: University of California Press.
- Raza, Maple i Andrej Kurnik. 2012. "The Occupy Movement in Žižek's Hometown. Direct Democracy and a Politics of Becoming". *American Ethnologist* 39/2: 238–258.
- Saunders, John. 2000. "The Practice of Clinical Medicine as an Art and as a Science". *Journal of Medical Ethics; Medical Humanities* 26: 18–22. [https://doi.org/10.1136/mh.26.1.18]
- Sered, Susan i Ephraim Tabory. 1999. "'You Are a Number, Not a Human Being'. Israeli Breast Cancer Patients' Experiences with the Medical Establishment". *Medical Anthropology Quarterly* 13/2: 223–252.
- Surbone, Antonella i Jerome Lowenstein. 2003. "Exploring Asymmetry in the Relationship between Patients and Physicians". *The Journal of Clinical Ethics* 14/3: 183–188.

Integrating Cultural Anthropology into Clinical Practice. Cultural Meanings and the Doctor-Patient Relationship

This article deals with the implications of cultural anthropological interpretative epistemology and methodology for a biomedical model of treatment, comparing clinical practice with ethnographic fieldwork, and the doctor with the cultural anthropologist. It indicates the advantages of including the subjectivity of the patient and the patient's personal stories regarding the experience of the illness in the healing process. This is achieved through focusing the biomedical practices on the patient, whereby in the conversation with the patient the doctor writes an "ethnography" or narrative of the illness. Finally, the article asks the question of whether bureaucratisation and the demand for an economy of time prevents the development of such practices.

Keywords: ethnology and cultural anthropology, biomedicine, patient's narrative