

Kakva nam racionalizacija liječnikovog terapijskog djelovanja treba? Ili: o »rođenom« liječniku

Živka Staničić
Medicinski fakultet, Split

Sažetak

Od kada je prirodna znanost, posebno fizika, postavljena kao model mehaničke racionalnosti za sve znanosti, liječnici se na razne načine nastoje prisposobiti slici znanstvenika. U takvim konstelacijama, duboko se ukorijenio stav da sve veće poznanstvoljenje/racionalizacija liječnikove djelatnosti predstavlja najplodnije tlo, i pruža najčvršće jamstvo za nastanak »pravih« liječnika. Rezultati brojnih istraživanja, međutim, pokazuju da se bolesnikova predodžba »pravog« liječnika (koja se sabire u kolokvijalnom, prirodnom izrazu »rođeni« liječnik), ne slaže s liječnikovom samodefinicijom kao znanstvenika.

Glavni razlozi sve većeg raskola između bolesnikove i liječnikove predodžbe »pravog« liječnika pronalaze se u društvenim, »strukturalno kontingentnim« procesima – ekspanziji racionalizacije koja je, u epidemijskom pohodu, zahvatila i područje liječnikovog djelovanja. U radu se ne dovodi u pitanje racionalizacija per se nego se ukazuje na negativne implikacije dogmatski sužene primjene racionalizacije (isključivo kao pragmatične i teoretske) u liječnikovom djelovanju. Rasprava se, dakle, ne svodi na jednostavnu dvojbu: »za« ili »protiv« racionalizacije već smjera na to kakva je racionalizacija liječnikovog djelovanja (uopće) moguća. Utemeljenje odgovora na ovo ključno pitanje nalazi se u proširivanju Habermasove teorije komunikativne akcije, osobenom obliku Weberove teorije racionalizacije. Takav teoretski okvir pruža priliku za ukazivanje na nedjeljivost svih oblika racionalnosti u području liječnikovog djelovanja: »kognitivno–instrumentalne« te »komunikativne« racionalnosti. Argumentacijskim izvodenjima pokušava se dokazati kako je pojam »rođeni« liječnik dobra analitička strategija uz pomoć koje je moguće prebroditi dualističku tezu racionalizma (postavljene u obliku binarne antinomije): ili vrijednosti ili znanje.

Ključne riječi: »genuini razgovor«, liječnička »autentična« skrb, liječnička praksa, »rođeni« liječnik, samodefinicija liječnika, teorija komunikativne akcije, vrste racionalizacije.

*Liječnik mora biti jedinstvena i kompletna osoba;
u suprotnom, neće otkriti ništa*

(Paracelzus)

1 LIJEČNIKOVA PROFESIONALNA SAMODEFINICIJA

Poput svake druge profesije, i liječnička profesija posjeduje »cjelovitu samodefiniciju« koja uvijek, na bitan način, podrazumijeva upravo definiciju »pravog« liječnika. Od kada je prirodna znanost, posebno fizika, postavljena kao model mehaničke racionalnosti za sve znanosti, liječnik sebe vidi izričito kao »znanstvenika (inženjera) biologa« par excellence, a takvim ga, uglavnom, vide i pripadnici drugih profesija (Devereux, 1990). Suvremeni se liječnik na brojne načine nastoji prisposobiti slici znanstvenika: u sklopu moderne, racionalne medicine ili prirodnoznanstvenog/bio-

medicinskog diskursa (u punom smislu, počinje prevladavati tek poslije Drugog svjetskog rata), liječnici se sve više socijaliziraju tako da »nebiofizičke aspekte bolesnika sagledavaju kao 'nejasne', 'mekane' činjenice koje su krajnje nevažne za njihov osnovni zadatak« (Freund, McGuire, 1991:245). Dijagnoze zasnovane na »'subjektivnom' dojamu, kako pacijenta s njegovim osjetima, tako i liječnika s njegovim zapažanjima«, sve više zamjenjuju dijagnoze na »'objektivnim' dokazima, dobivenih pomoću laboratorijskih postupaka, mehaničkih i elektronskih uređaja« (Reiser, cit. prema Ritzeru, 1999:128). Racionalna primjena medicinske znanosti stvara uvjerenje da »prognostičko–dijagnostička pouzdanost tehničkih, laboratorijsko–kemijskih i inih istraživanja, u tolikoj mjeri prekoračuju rezultate kliničkog istraživanja, da je anamneza bolesnika i klinička vještina liječnika zanemariva« (Pawelzik, 2002:73). U liječničkim redovima se duboko ukorijenio stav da sve veća racionalizacija/poznanstvljenje medicinske djelatnosti predstavlja najplodnije tlo, i pruža najčvršće jamstvo, za nastanak »pravih« liječnika.

Unutar ovakvih konstelacija, Jaspersov izričit stav – »čovjek kao bolesnik više ne ostvaruje svoje pravo, kad više nema pravih liječnika« (Jaspers, 1998:66)– proglasit će se, sasvim sigurno, potpuno besmislenim. Objašnjenje za postojanja navedenih dijametralno suprotstavljenih stavova (po jednom, riječ je o »nestanku« a po drugom, o »nastanku« »pravih« liječnika) valja potražiti u sljedećem: Jaspers (koji, nedvojbeno, donosi prosudbe o »pravom« liječniku sa stajališta bolesnika) i liječnici (poglavito oni s dubokom vjerom u scijentizam) pod istim pojmom – »pravi« liječnik, sasvim sigurno, razumiju (i žele) posve različite stvari.

2 LIJEČNIK SAGLEDAN OČIMA BOLESNIKA

I dok liječnici sebe izričito određuju znanstvenicima, sigurni smo (poduprti rezultatima brojnih istraživanja) da ih na takav način ne određuju bolesnici. Za razliku od Devereuxa, držimo, naime, da bolesnikova/laička definicija »idealnog«, »pravog« liječnika (koja se neprestano stvara u intersubjektivnom, svagdašnjem bolesnikovom iskustvu, percepcijama, dojmovima, predodžbama) ne odgovara, pa čak ni »u naivnom i karikaturnom obliku, profesionalnoj samodefiniciji« (Devereux, 1990) liječnika kao znanstvenika. Brojni dokazi svjedoče o produblivanju jaza između liječnikove profesionalne samopredodžbe kao znanstvenika i bolesnikove predodžbe liječnika. Evo samo nekih: u porastu su bolesnikove pritužbe¹ na liječnikov nemar, nehaj, nepažljivost, »medicinsku negligenciju« (što se obično sagledava u terminima krize²); bolesnici jasno iznose zahtjev za liječnicima koji bi mnogo više vremena posvećivali njihovim psihosocijalnim a ne samo fizičkim potrebama³; utvrđeno je da što više liječnik pristupa bolesniku znanstveno, tehnički i neosobno, bolesnici bivaju više frustrirani i nezadovoljni⁴. Pokazuje se da i u okruženju znanstvene/racionalne medicine, bolesnik prosuđuje profesionalizam liječnika u termnima njegovih interpersonalnih vještina

1 Rastuće bolesnikovo nezadovoljstvo određenim aspektima liječnikovog terapijskog djelovanja svakako je jedan od važnijih razloga sve veće proliferacije heterodoksne/alternativne/komplementarne medicine: za razliku od kratkih i tehničkih konzultacija biomedicine koje bolesnika otuđuju, heterodoksna medicina ima »humaniji i holistički pristup« (Frank, 2002:1285).

2 Fenn and Dingwall, 1992; Willis, 1993; Fenn et al., 1994; Mulcahy and Tritter, 1998.

3 Schou, 1993; Mellor, 1993; Radley, 1998; Scott, 2000; Carlos, Aruguete, 2000.

4 Pawelzik, 2002; Bartakis et al., 1991.

(Nettleton, Harding, 1994). Iz mnoštva dokaza koji »kvare« liječnikovu samopredodžbu kao znanstvenika, izdvojiti ćemo još jedan: riječ je o bolesnikovim javnim zahvalama liječnicima na pruženoj pomoći (u nas, obično putem tiskanog medija). Predmet takvih zahvala nije onaj tip liječnikovog djelovanja koji se temelji na empirijsko–analitičkoj kognitivnoj znanosti (i)li tehničko–manipulativnim vještinama; naprotiv, do bolesnikove svijesti prije dolazi principiijelno posve drugačiji tip djelovanja (upravo zato jer više nije samorazumljiv); tu vrstu djelovanja, zahvalni i krajnje zadovoljni, bolesnici označavaju različitim izrazima: »briga«, »skrb«, »suosjećanje«, (empatija), »prijateljski odnos«, »požrtvovnost«, »pružanje ohrabrenja i podrške«, »pomoć koja bitno nadilazi medicinske okvire«, »etika«...⁵

Svi nabrojani (i slični) sadržaji i pravci liječnikovog djelovanja sabiru se u uvriježenom, kolokvijalnom, prirodnom izrazu kojim se bolesnici koriste – »rođeni« liječnik. Navedeni izraz valja shvatiti u posve jednostavnom značenju/smislu: »pravi«, »idealni«, »dobri«, »istinski«, svojem pozivu/bolesniku, potpuno pre(o)dan liječnik. Sama sadržajna određenost pojma »rođeni« liječnik smjera, očito, na njegovu posebnu sposobnost zbog koje se takav liječnik, bez teškoća, daje razlikovati od »običnog« liječnika,⁶ »pukog znanstvenika«, »inženjera«, »tehničara«...

3 TEORETSKO ISHODIŠTE, ANALITIČKA STRATEGIJA I OSNOVNI CILJEVI

Kao što smo već rekli, bolesnikova predodžba liječnika nije više (je li ikada i bila?) puki derivat liječnikove profesionalne samodefinicije kao znanstvenika; naprotiv, liječnikovu samodefiniciju, bolesnici preokreću i bitno nadmašuju; razlike su među njima već tako velike da liječnici, želi li se istinski prisposobiti bolesnikovoj slici,⁷ moraju predodžbu o sebi kao o znanstvenicima bitno proširiti.

Imajući na umu da liječnikovo djelovanje ima golemi utjecaj na život ljudi (a on će, s razvojem biomedicinske znanosti i tehnologije, neprestano jačati), ni bolesnici kao ni liječnici ne mogu si (više) dopustiti uzajamno pogrešno razumijevanje. Upravo zato raspravu koja slijedi valja, prije svega, shvatiti kao prilog prevladavanju nastalog raskola između bolesnikove predodžbe liječnika i liječnikove samopredodžbe.

Iako, naravno, liječnike ne bi trebalo potpuno amnestirati osobne krivice/odgovornosti za rastuće bolesnikovo nezadovoljstvo, držimo da su najvažniji razlozi nestanka »pravih« liječnika ipak smješteni u društvenim, »strukturalno kontingentnim«⁸ procesima koji se nesmiljeno zbivaju, a nad kojima ni bolesnik ni liječnik⁹ (za sada) nemaju

5 Utvrđeno je da se čak između 40–60% svih terapijskih benefita može pripisati učinku placebo, tj. liječnikovoj brizi i želji za pružanjem pomoći. Iako se placebo učinak često odbacuje kao 'rezidualna' pojava, nesumnjivo je da on još uvijek predstavlja najmoćniju terapijsku intervenciju kojom liječnička profesija raspolaže. (White, pred., Payer, 1996:xxix).

6 Za razliku od »običnog« liječnika koji »liječi samo na osnovu iskustva i bez temeljnog poznavanja stvari«, »obrazovani« liječnik sa bolesnikom »o svemu raspravlja kao filozof, ispitujući bolest od početka i objašnjavajući prirodu tijela.« (Platon, 1990:287).

7 Kada liječnici ne bi vodili računa o tome kako ih percipiraju i definiraju njihovi bolesnici, bio bi to najbolji dokaz da je u liječničke strukture prodrla mandarinska svijest/ponašanje.

8 Navedena pojmovna sintagma označava »kompleksne promjene do kojih dolazi u socijalnim strukturama razvijenih političkih ekonomija« (Coburn, Willis, 2003:377).

9 Jedan od neposrednih negativnih učinaka »strukturalno kontingentnih« procesa za same liječnike prepoznaje se u sve snažnijem podređivanju njihovog djelovanja izvanjskim centrima odlučivanja, odnosno političkoj moći. Istraživanje ovih utjecaja, međutim, izlazi iz okvira ovog rada.

veći utjecaj. Kada kažemo »strukturalno kontingentni« procesi, onda pod tim, prije svega, mislimo na procese racionalizacije koji su – u epidemijskom pohodu – zahvatili (i) područje liječnikovog djelovanja. Naravno, naše analize nisu uperene protiv racionalizacije *per se*, već protiv njezinog dogmatskog, suženog shvaćanja i provođenja u području liječnikovog djelovanja: isključivo kao pragmatične i kognitivne racionalnosti. Naše pitanje se, stoga, ne svodi na jednostavnu dvojbu: za ili protiv racionalizacije, već smjera na to kakva je racionalizacija liječnikovog djelovanja (uopće) moguća? U tu svrhu nužno je temeljito reformulirati pojam racionalnosti, a to nalaže polazak od mnogoznačnih određenja koje tom pojmu pripisuje Weber. Takvom analitičkom strategijom postićemo još jedan dodatan (ali ne zato manje važan) cilj – izbjegavanje zamke postavljanja lažnog izbora: ili liječnik–znanstvenik ili »rođeni« liječnik. Opetovano ističemo: cilj naših analiza nije dovesti u pitanje znanstveno–tehno­loške mogućnosti suvremene medicine¹⁰, već podastrijeti dostatnu argumentaciju za opstojnost onog tipa liječnika kojeg, u okruženju posvemašnje racionalizacije/scijentizma, smatraju tek »mračnim predmetom«¹¹ bolesnikovih želja – »rođenog« liječnika.

Unatoč tome što je iz aspekta prirodne znanosti »rođeni« liječnik eluzivan pojam, konceptualna metafora koja se daje tek intuitivno nazrijeti, ali ne i precizno odrediti (i)li objektivno mjeriti, držimo da je upravo ovaj pojam najbolja analitička strategija uz pomoć koje je moguće prebroditi dualističku tezu racionalizma (postavljene u obliku binarne antinomije): ili vrijednosti/emocije ili znanje. Naopakom dualističkom obrascu, po kojem su vrijednosti i znanje dva potpuno različita entiteta jedan drugom nepotrebna (znanje ne da ni blizu vrijednostima/emocijama/subjektivnom i vice versa; znanje je »s onu stranu dobra i zla«) suprotstavljamo sljedeću tezu: i jedno (vrijednosti/emocije) i drugo (kognitivno znanje) se zgušnjavaju i vode prema istom cilju – »rođenom« liječniku.

4 WEBEROVO VIŠEZNAČNO ODREĐENJE POJMA »RACIONALNOSTI« I NEKE NJEGOVE NAJVAŽNIJE SOCIJALNE IMPLIKACIJE

Mnogostrukost Weberovog izvornog značenja pojma »racionalnost«¹² obuhvaća: »praktičnu«/»pragmatičnu«, »teoretsku« (ili kognitivnu, empirijsko–analitičku), »supstantivnu« (ili normativnu) i »formalnu« racionalnost. Sam autor jasno podvlači bitne razlike među navedenim tipovima racionalnosti: dok se prva dva tipa odnose na »kvantitativnu kalkulaciju ili računanje koje je tehnički moguće i stvarno primjenljivo« (Jary and Jary, 2000:222), »supstantivna« racionalnost se »odnosi na racionalnu socijalnu akciju koja se zbiva 'unutar određenih mjerila (prošlih, sadašnjih ili budućih) osnovnih vrijednosti'« (Jary and Jary, 2000: 222). Iako je izrazio sumnju u pogledu

10 Kao što to, npr. čini Baudrillard koji drži da medicinske racionalne, znanstvene i tehnološke sadržaje treba »sažaljivati« budući da su »unaprijed razoružani bolešću u kojoj su mikrobi već interaktivni i sposobni za prilagodbu lijeku.« (cit. prema Horrocksu, 2001:59).

11 »Mračni« u dvostrukom smislu: zato jer ne pripada metodički određenom, znanstvenom već predznanstvenom, svagdašnjem iskustvu te zato jer je »netransparentan« s aspekta »racionalizacije« troškova u zdravstvu.

12 Tezu o liječnikovom djelovanju koje je određeno sa četiri tipa racionalizacije iznijeli smo u tekstu Funkcionalna važnost komunikacije u liječnikovom djelovanju. Društvena istraživanja, 2002, 11(2–3):58–589, 469–484.

socijalnih implikacija preuske primjene »supstantivne racionalnosti«, važno je istaknuti da Weber ovaj tip racionalnosti nije nikada doveo u pitanje.¹³

Nastojeći afirmirati sve aspekte/dimenzije/tipove racionalnosti, Habermas predlaže, ne mijenjajući unutrašnje pretpostavke Weberove osnovne teze, sličan kategorijski okvir: »rad« ili »disciplinu umijeća« (svrhovito–instrumentalno djelovanje koje počiva na »praktičnoj« i »teorijskoj« racionalnosti), s jedne strane te »interakciju« ili »disciplinu *structure* osobnosti« (vrijednosno/komunikativno djelovanje koje počiva na »supstantivnoj« i »formalnoj« racionalnosti), s druge strane. Krajnje korisnu rekonstrukciju ovog »vrhovnog« Weberovog pojma pruža Schaffle; različita značenja pojma racionalnosti su principijelne prirode i dadu se podijeliti na: »teoretsko racionalno ovladavanje« kada se »neki radni proces racionalno izračunava i utvrdi« te »izvjesnu racionalizaciju« kad je »neki proces na izvjestan način unaprijed utvrđen, kao što je to slučaj s konvencijama, moralom, običajima, i kada taj proces nije uvijek razumom shvaćen, ali izgleda reguliran u svojoj strukturi« (Schaffle, cit. prema Mannheimu, 1978:112).

Distinktivna značenja pojma racionalnost imaju posve jasne socijalne implikacije: sve društvene sustave treba razlikovati »po tomu preteže li u njima svrhovito–racionalno djelovanje ili interakcija«. S jedne strane, postoje društveni subsustavi (kao što su privredni, državni aparat...) »u kojima su prije svega institucionalizirane postavke svrhovito–racionalnog djelovanja« dok, s druge strane postoje takvi sustavi (npr. obitelj, srodstvo...) »koji su na stanovit način povezani s mnoštvom zadataka i umijeća, no prije svega počivaju na moralnim pravilima interakcije« (Habermas, 1986:63). Iako je nesporno da se mnoga područja društvenog života trebaju racionalizirati (podvesti pod kontrolu, standardizirati...), ne smijemo smetnuti s uma da su, i dan danas, »najvažnija područja naše društvene sfere« »iracionalno zasnovana« (Mannheim, 1978:112). Jedno takvo područje koje počiva na »mnoštvu zadataka i umijeća«, ali koje »prije svega počiva na moralnim pravilima interakcije« je upravo liječnikovo terapijsko djelovanje. A ono, određeno dvjema međusobno sljubljenim, jednako vrijednim i sumjerljivim sastavnicama: tehničko–znanstvenom te normativno–moralnom, može biti, kao što ćemo to pokazati, podložno samo »izvjesnoj« racionalizaciji.

5 LIJEČNIKOVA DJELATNOST NA UDARU DOGMATSKI SHVAĆENE RACIONALIZACIJE

Na mjesto mnogoznačnog pojma racionalnost, suvremeno razvijeno društvo ustoličuje tek dogmatski suženo, unificirano značenje: praktičnu/pragmatičnu i teoretsku racionalnost ili »rad« ili svrhovito–instrumentalno racionalno djelovanje.¹⁴ Ovo prometnuće višeznačnog pojma racionalnost u praktičnu/pragmatičnu i teoretsko/kognitivnu racionalnost je tako zdušno izvršeno da je u suvremenim okolnostima postalo samo–po–sebi–razumljivo da se »supstantivna« racionalnost (vrijednosno djelovanje ili komunikacija) nalazi s onu stranu »svrhovito–racionalnog« djelovanja, tj. da se »svrhovito–racionalno« djelovanje može postići samo na uštrb vrijednosnog djelovanja.¹⁵ Na svakom koraku je primjetna »ekstremna volja« da se sve »racionalizira, da

¹³ Zbog izričito pozitivnog stava o »supstantivnoj« racionalnosti, Webera se nerijetko smatralo »iracionalistom« (Jary, Jary, 2000).

¹⁴ Takvo djelovanje je učinkovito, predvidljivo, isplativo i kontrolirano. (Ritzer, 1999).

¹⁵ Komunikativno/vrijednosno/supstantivno liječnikovo djelovanje, po definiciji, se smatra beskrajnim gubitkom vremena, dakle, novca, dakle, neučinkovitim.

(se) sve oblikuje u skladu sa upravljanjem i da (se) potpuno ukloni iracionalni manevarski prostor« (Mannheim, 1978:112). Smatra se da je »objektivnost« (koja uvijek važi kao »znanstvenost«) inkompatibilna s »vrijednostima« (»iracionalnim manevarskim prostorom«), tj. da i najmanji zagovor vrijednosnog djelovanja znači opoziv metode racionalnosti. Riječ je, međutim, o jednoj »kulturnoj predrasudi zapadne znanosti« (Devereux, 1990) po kojoj racionalna znanost, kao »apsolutna znanost«, pokriva sveukupni prostor čovjekovog djelovanja.

Prijemčivosti ove predrasude pridonose mnoge činjenice: na mnogim razinama, pozitivan učinak svrhovito–instrumentalne racionalizacije urodio je golemim povećanjem proizvodne moći, odnosno povećanjem ekonomskog rasta i povećanom tehnološkom kontrolom života. Mi ne želimo reći da je svrhovito–instrumentalna racionalizacija *per se* nužno pogrešna, već nastojimo dokazati da takav tip racionalizacije ne može biti jednako aplikativan na sva područja društvenog života, a ponajmanje ne na područje liječnikovog terapijskog djelovanja. Prema tome, nije problem u razvoju svrhovito–instrumentalne i teoretske racionalizacije, već u doktrinarnom stavu da je ovim načinom moguće, konzekventno i potpuno, racionalizirati svaku poru društvenog života, da je svako djelovanje moguće pretvoriti u pogon (dakle, mehanizirati ga), da je svuda moguće uvesti kodificirani sustav učinka, da je, detaljno uređenim planom i organizacijom, moguće smanjiti, a naposljetku i ukinuti, »iracionalni manevarski prostor«.

Socijalna ekspanzija racionalizacije je do te mjere zahvatila sve pore društvenog života da možemo reći kako ona postaje glavna oznaka suvremenog razvijenog društva. Znanstveno–tehnički razvoj je, po Habermasovoj ocjeni, već »iznuđio reorganizaciju društvenih institucija« (Habermas, 1986:84). U posljednje vrijeme, ti procesi nisu mimoišli ni liječnikovo djelovanje kao ni cjelokupan sustav zdravstvene zaštite. Naprotiv, smatra se da liječnikovo djelovanje, već samim tim što počiva na znanstvenoj, biomedicinskoj paradigmi, od svih tipova racionalizacije, privilegira upravo praktičnu i teoretsku racionalnost (znanstveno zasnovano ovladavanje bolešću). U rastućem neoliberalizmu¹⁶ područje liječnikovog djelovanja, kao i cjelokupni sustav zdravstvene zaštite, podvrgnuti su intenzivnim procesima praktične/pragmatične ili svrhovito–instrumentalne racionalizacije na jednak način kao institucionalni sektori privrede.¹⁷ Pod svaku cijenu se nastoji dokazati da je vrijednosno neutralna medicina »potpuno sukladna sa novim teorijama znanstvenog menadžmenta u industriji« (Coburn, Willis, 2003:381). Iz te tobožnje »sukladnosti« proizišla je potpuno neprihvatljiva teza da se »liječnička njega može poput svega obavljati nekakvom proizvodnjom« (Jaspers, 1998:65). Razvoj medicinske znanosti pothranjuje, naime, iluziju da se bolest, bol, patnja... dade odrediti, pa potom srediti (a zapravo sabiti u nekakve formule–dijagnoze) te tretirati u točno propisanom vremenu i na točno propisan način.¹⁸ Logika »proizvodnje« ljudi, odnosno njihovog zdravlja, nastoji se, pod svaku cijenu, prispo-

¹⁶ Koji je još 1990.–ih, putem reformskih zahvata, počeo dublje zasijecati u institucije socijalne države mnogih zemalja, zahvativši, među ostalim, i našu zemlju.

¹⁷ O reformi zdravstvenog sustava, vrlo kritički pišu Green and Thorogood, 1998; Klein, 1995; Klein, 2002; Benzeval, cit. prema Haralambosu, Holbornu, 2002).

¹⁸ »U ime racionalizacije«, liječnikovo djelovanje se nastoji potpuno propisati uz pomoć prisilnih pravila za rad; jedno od njih je pravilnik o duljini bolovanja koje liječnik smije pripisati za svaku pojedinu dijagnozu, odnosno bolest; uz ovakvo normiranje liječnikovog rada, individualni pristup bolesniku je definitivno onemogućen.

dobiti logici proizvodnje stvari. Držimo, međutim, da ovako shvaćena, i provođena, racionalizacija, jednim potezom, udaljava liječnike od njihove osnovne zadaće: pružanje kvalitetne brige/skrbi bolesniku, posvećenost cjelini bolesnika, preuzimanje najobuhvatnije odgovornosti za bolesnika. Na mjesto »skrbi za pojedinca sada stupa pogon« (Jaspers, 1998:65). Potpuna vjera u superiornost znanstvene racionalnosti, naime, pred liječnika imperativno postavlja objektivno utvrđivanje faktičkog a to, pak, pretpostavlja uklanjanje »subjektivnog viška« – etike, altruizma, solidarnosti, brige/skrbi, instinkta, uvjerenja, vrijednosnih procjena, svjetonazora, sklonosti, te na poslijetku, distanciranje od ekonomsko–socijalno–političkog konteksta u kojem se cjelokupni čovjekov opstanak »ozbiljuje« i o čemu, na bitan način, ovisi sve ostalo pa, naravno, i čovjekovo zdravlje i bolest.

Da racionalizacija liječnikovog djelovanja (shvaćena u užem smislu kao praktična i kognitivna racionalizacija), prije ili kasnije, neminovno dovodi do nestanka »pravih« ili »rođenih« liječnika, razvidno je (i) iz određenja ciljeva tih mjera koje pruža Andrija Hebrang, ministar zdravstva i socijalne skrbi: cilj je »racionalizirati potrošnju«,¹⁹ tj. »racionalizirati nepotrebno liječenje« čime će se, pojašnjava ministar, onemogućiti oni liječnici »koji idu linijom manjeg otpora i hoće svom pacijentu pružiti sve«. ²⁰ Navedenim objašnjenjem (u kojem se paradigmatički ogledaju sveukupni »humani dometi« reformskih zahvata u području zdravstva i liječnikovog djelovanja) ne samo da se grubo poriče »klinička autonomija«²¹ već se i previđa jedna nadasve važna činjenica – »proizvodnost« liječnika/zdravstva se »po prirodi ne može povećati: ne može se skratiti vrijeme potrebno da se proizvedu ljudi« (Attali, 1984:258). Proces života/zdravlja kao »specifične vrste djelatnosti«, naime, potrebuje stalne (ne)medicinske intervencije kojima se neprestano stvaraju (i)li održavaju uvjeti potrebni za njihovo, manje–više nesmetano, obavljanje. Mi ne tvrdimo da se liječnikovo terapijsko djelovanje (i) cjelokupni sustav zdravstvene zaštite ne treba ili ne može racionalizirati; mi samo upozoravamo na neprihvatljivu uskoću interpretacije pojma racionalizacije koja, primijenjena u ovom nadasve specifičnom području »proizvodnje« može, umjesto očekivanog učinka, izazvati neprocjenjive troškove: gubitak zdravlja ljudi koje je najveća »proizvodna snaga« svakog društva. Upravo zato, treba se zapitati:

6 NA ŠTO VALJA MISLITI KADA SE ZAHTIJEVA RACIONALIZACIJA LIJEČNIKOVOG TERAPEUTSKOG DJELOVANJA?

Utemeljenje odgovora na ovo ključno pitanje nalazimo u Habermasovoj teoriji komunikativne akcije, osobenom obliku Weberove teorije racionalizacije. Riječ je o epistemološkoj, pragmatičnoj, intersubjektivnoj teoriji kojom Habermas formulira nerazdvojnost i uzajamnost svih oblika racionalnosti. Racionalizacija se, započinje svoje izvode Habermas, »manje odnosi na znanje kao takvo, a više na način na koji se

19 Reformski zahvati u sustav zdravstvene zaštite su u toj mjeri usredotočeni na što brže i što veće smanjenje troškova da bi se upute – koje je socijal–utopist Cabet dao »odboru za zdravlje« u Ikariji – o tome da se treba učiniti sve »kako bi bolesnici od toga imali najveće koristi«, »ne zaustavljajući se ni pred kakvim izdatkom« (Cabet, 1952:129) u današnjim uvjetima smatrala, u najmanju ruku, sumanuta i subverzivna.

20 Jutarnji list, subota, 27. 03. 2004.

21 Odnosi se na mogućnost (i pravo) liječnika da svakog bolesnika »tretira kao osobu odlučujući o njegovim zdravstvenim potrebama neovisno od pitanja resursa, prioriteta ili protokola koje donosi menadžment« (Green, Thorogood, 1998:128).

ono koristi«; »ne možemo, kao empiristi, ograničiti područje racionalnog djelovanja ili izražavanja na znanje objektivnog svijeta.²² 'Kognitivno–instrumentalnu racionalnost' moramo upotpuniti sa koncepcijom 'komunikativne racionalnosti'« (Habermas, cit. prema Giddensu, 1997:229). U ovako reformuliranom određenju, racionalizacija, dakle, »pretpostavlja komunikaciju zato jer je nešto racionalno samo ukoliko susreće uvjete neophodne za razumijevanje jedne osobe sa drugom« (Giddens, 1997:229). Habermas svoje tvrdnje pooštrava izričito tvrdeći da rješenje problema racionalizacije svrhovito–racionalnog djelovanja jest u racionalizaciji komunikativnog djelovanja; ili, još određenije: komunikativna racionalnost povratno pozitivno djeluje na druge oblike racionalnosti – praktičnu/pragmatičnu te kognitivnu/teoretsku (Ritzer, 1997; Bohman, 2000).

Proširimo li Habermasovo obogaćeno određenje pojma racionalnost na područje liječnikovog terapijskog djelovanja, dolazimo do važnog zaključka: svrhovito–instrumentalno/teoretsko–kognitivno liječnikovo djelovanje može biti racionalno, tj. učinkovito samo u onoj mjeri u kojoj je razvijeno i komunikativno djelovanje; ili: sveukupno liječnikovo terapijsko djelovanje nije moguće racionalno zasnovati neovisno o racionalizaciji komunikativnog djelovanja (najmanje zbog ovog razloga, liječnik uvijek treba biti spreman za komunikaciju); racionalizacija svrhovito–instrumentalnog i kognitivnog djelovanja, bez istodobne racionalizacije komunikativnog ili vrijednosnog djelovanja,²³ ne može »proizvesti« (iako se u to danas čvrsto vjeruje) maksimalan terapijski učinak. Proces (i logiku) konvergencije dviju vrsta racionalnosti, koja se pokazuje jamstvom liječnikovog učinkovitog terapijskog djelovanja, izvrsno pojašnjava Gadamer. Njegovo argumentacijsko ishodište sažima slijedeća teza: ako se pod znanstvenošću razumije objektivnost (a to znači da znanstvene tvrdnje »u principu moraju svakom biti razvidne i shvatljive, i po ideji moraju omogućiti objektivnu spoznaju«), onda se znanstvenost (moć refleksije) »u prostoru bolesti i zdravlja« pokazuje nedostatnom. Autorovo rezolutno obrazloženje potonjeg stava držimo ključnim: ni zdravlje ni bolest nisu predmetna područja kojima liječnik može »jednostavno ovladati« (prirodu, naime, »ne možemo jednostavno rekonstruirati u njezinim putovima«); ono čime se liječnik mora zadovoljiti jest »slomiti otpor bolesti i prirodi povratno pomoći u njezinom vlastitom vladanju. To, pak, iziskuje liječnikovo *umijeće*, donošenje ispravnih mjera/pravila. To nije samo znanost, nego drugačije znanje koje se u vlastitu ispunjenju tako reći povlači« (Gadamer, 2002:126). »Umijeće« koje se ovdje traži je, dakle, nešto drugo od znanstvene objektivnosti koja se svodi na puku primjenu pravila. Prema tome, unatoč svim napretcima »koje je prirodna znanost donijela našem znanju o bolesti i zdravlju, te usprkos enormnim troškovima racionaliziranih tehnika spoznavanja i djelovanja, koje su razvijene na ovom polju, područje neracionaliziranog« u liječnikovom terapijskom djelovanju, još je uvijek »iznimno veliko« (Gadamer, cit. prema Juriću, 2001:167).

Simmelove tvrdnje još neposrednije otkrivaju samo središte problema, izričito objašnjavajući da se ni dijagnoza niti terapija ne zasnivaju isključivo na znanstvenim metodama: »objektivno–kliničke metode istraživanja često brzo iscrpljuju svoje mo-

22 »Dogmatski realizam tvrdi da ne postoje nikakvi smisleni iskazi o stvarnom svijetu koji se ne mogu objektivirati« (Heisenberg, 1997: 63).

23 Neki sociolozi (npr. pripadnici kritičke teorije društva) smatraju da upravo razvoj »supstancivne« racionalnosti mora biti u središtu socioloških istraživanja (Jary, Jary, 2000).

gućnosti ako se ne nadopune nekim bilo neposredno–instinktivnim ili riječima posredovanim subjektivnim znanjem o stanju i osjećajima bolesnika«. A upravo ovu drugačiju vrstu znanja: »neposredno–instinktivno«, »riječima posredovano subjektivno« znanje, Simmel smatra »beziznimno djelotvornim apriorijem liječnikovog umijeća« (Simmel, 2001:179). Da bismo bolje strukturirali (a potom i zaključili) dosadašnje izvode, potrebno nam je još jedno dodatno objašnjenje: liječnikovo umijeće se ne sastoji »samo u tome da postupa po pravilima svoje struke«; ona mu, naime, pružaju samo »okvir stalnih prilika da se ispunjava kroz osobni moment učinka u zvanju«. Jer, daje li liječnik »*lege artis*« injekcije i drugo, izlazi na isto, dokle god ne čini ništa drugo, nego postupa »prema pravilima umijeća«. Tek tamo gdje se kreće s onu stranu pukih poslovnih propisa, s onu stranu stvari »reguliranih« zanimanjem, tek tamo počinje zaista osobno djelovanje koje jedino ispunjuje« (Frankl, 1990:162).

Za razliku od pukog »reproduktivnog« ponašanja« za koje vrijedi da se »radnje obavljaju u jednom racionaliziranom sklopu na osnovi propisa i bez osobnog odlučivanja«, liječnikovo »pravo« djelovanje počinje onkraj znanosti, tj. »tek tamo gdje počinje još neracionalizirani manevarski prostor, gdje situacije koje nisu regulirane gone na odlučivanje« (Mannheim, 1978:113). Tamo, naime, gdje liječnik ne radi ništa drugo nego bolesnika »podčinjava pod opći zakon«, njegovo djelovanje se »još ne može označiti kao praksa« (Mannheim, 1978:113). Da bi se liječnikov rad uzdigao do razine prakse – a to se zbiva samo onda kada se uspijeva »verbalizirati neponovljivo i od slučaja do slučaja uspostavljati intersubjektivnost sporazumijevanja« (Habermas, 1986:88) – liječnik treba napustiti teren znanosti (svijet kvantificiranih pravilnosti). Potonja tvrdnja nije uperena na podrivanje prirodnih znanosti (i njihovog ideala objektivnosti) već se njome želi istaknuti važna činjenica: »praktični um i praktični uvid ne posjeduju mogućnost naučivosti znanosti, nego svoju mogućnost dobivaju samo u praksi, a to znači u unutarnjem vezivanju za ethos« (Gadamer, 2002:37). Upravo »ethos«/etika u prostoru liječnikovog djelovanja implicira osnovnu strategiju suodnosa liječnika i bolesnika – strategiju skrbičke ili »dobrohotne susretljivosti« (Bourdieu, 1992) ili genuinu, »autentičnu« skrb, »skrbno ophođenje« bez prestanka, »u kontinuitetu bolesnikovog životnog opstanka«. ²⁴ Temeljni način kojim se čovjeku omogućava »biti skupa u svijetu« ili skrbljenje je, kako Heidegger (1996.) filozofski strukturira skrb, upravo »govorenje« ili, bolje, »sugovorenje« ili »genuini razgovor« kao okvir unutar kojeg se može manifestirati model »neinstrumentalnog praktičnog znanja« (Gadamer, cit. prema Bohmanu, 2000:235). »Ethos« ili sklop vrijednosti koji su liječnikov vodič u svakodnevnom djelovanju (praksi) znači da liječnik uvijek mora izabrati najbolju soluciju ali, jasno, ne iz aspekta liječnika (i)li osiguravajućih društava (i)li sustava zdravstvene zaštite (i)li poslodavca (i)li države, već iz aspekta bolesnika.

7 ZAKLJUČNI KOMENTARI

Ono što svaki bolesnik od svakog pojedinačnog liječnika očekuje ostalo je, moderenoj znanosti i tehnologiji unatoč, bitno nepromijenjeno: liječnik treba biti ne samo znanstvenik, ekspert koji posjeduje »ispravno znanje« (Gadamer, 1997) o prirodi bolesnikove potrebe već i »pomagač« u »ozbiljnim stanjima i stvarima« (Durkheim, 1999) što je u bliskoj vezi s pojmovnom sintagmom »unutarnja egzistencija« ili »granične

²⁴ Takva »relacionalna« vrsta brige sve više ustupa mjesto »farmakološkoj brizi« (Fitzgerald, 2004).

situacije« ili »granična stanja« kao što su bolest, bol, patnja, smrt... (Jaspers, 1989, 1990, 1998). Drugim riječima, unatoč napretku medicinske znanosti, »iracionalni« elementi ostaju neukidivom bitnom sastavnicom terapijske stvarnosti.

Evo još jedan način kojim se iskazuje ista teza: »pozitivno znanje« ili »analitička znanost ili klasični pozitivistički sustav«, čiji je (prikriveni) interes uvijek ne samo »tehnička kontrola«, već i socijalna dominacija, ne može biti, a najmanje ne danas kada je krajnje osuvremenjen (baš zato), jedini sadržaj liječnikovog djelovanja. (Ta vrsta znanja je, uostalom, laicima uvijek uglavnom nepoznata – stručnu kompetenciju liječnika u pravilu uzimaju »zdravo za gotovo«.) Sadržaj bolesnikovog određenja liječnika obuhvaća (i) vjerovanje da liječnik ima, povrh »pozitivnog znanja« i druge, iznimno važne, vrste znanja/djelovanja: normativno, vrijednosno, komunikativno djelovanje, etiku, instinkt za osobno... Tek ako su dvije sastavnice liječnikovog djelovanja (svrhovito–racionalno i vrijednosno) prisutne i povezane u nerazlučivom jedinstvu, liječnik će zadobiti atribut »rođenog« liječnika, »značajnog drugog zaduženog za njega« (Berger, Luckmann, 1992). U protivnom, bolesnik će sve manje biti voljan liječniku izručiti (i u doslovnom i u prenesenom smislu) svoje tijelo, svoju »ekskluzivnu domenu«; ako se to dogodi (a događa se sve češće), na sve većem »tržištu zdravlja«, bolesnika »vrebaju« najrazličitiji (samo)zvani »pomagači«.

U svakom slučaju, i u današnjim okolnostima razvijene medicinske znanosti i tehnologije, uspjeh medicinskog tretmana još uvijek uvelike ovisi o intersubjektivnom ili vrijednosnom liječnikovom djelovanju (društvenoj ili simboličkoj interakciji) koji uključuje sporazum s bolesnikom, skrb, empatiju...²⁵ Za razliku od redukcionističko – scijentističkog shvaćanja koje dva smjera liječnikovog djelovanja (znanstveno–tehničko i vrijednosno) sagledava u formi opreke, držimo da i jedan i drugi smjer predstavljaju njegove bitne konstitutivne dijelove; drugim riječima, jednoznačno odbacujemo i samu pomisao da bi oni mogli biti u koliziji. Naprotiv, paralelna zastupljenost oba smjera liječnikovog djelovanja je principijelno nužna; svaki od tih smjerova, uključuje u sebe drugi; njihova uzajamna veza je bitna pretpostavka uspješne medicinske terapije.

Prema tome, bit liječnikovog djelovanja ne može se u potpunosti poznanstveniti, objektivirati, kontrolirati, mjeriti, predvidjeti... jer liječnik, a tako stoji i sa svim onim djelatnostima koja imaju atribut zvanja, »služi ljudskoj individualnosti« (Jaspers, 1998:64). U liječnikovom djelovanju, važna je i »druga vještina koja se, s takvim sagledavanjem života kakvo se nikada ne može sasvim racionalizirati, zasniva na instinktu osjećaja života«. Ta druga vještina, umijeće, sposobnost pojavljuje se »u vidu izvorne sigurnosti rođenog liječnika« (Jaspers, 1989:130), što je teoretski i empirijsko–praktični ekvivalent Habermasovom izrazu »disciplina *structure* osobnosti«.²⁶

Upravo se zato, atribut »rođeni liječnik« ne smije smatrati tek ekskluzivnom sposobnošću samo malog broja liječnika, kao neki *attachment* koji je dobro došao ali nije nužno potreban.

²⁵ Upravo je empatiziranje »rezultat međudjelovanja kognitivnih i čuvstvenih procesa u čemu je veća važnost čuvstvenih.« (Pastuović, 2000).

²⁶ Pojmovna sintagma »disciplina structure osobnosti« u značajnoj mjeri se podudara s pojmovima: »vitalna prisutnost«, »ulog vlastitog bića« (Jaspers, 1989); »kultura liječnika«/»kultura liječničke sredine« (Bau-
man, 1984); »vrijednosti« (White, 1996); »obrazovani« liječnik (Platon).

LITERATURA

- Attali, J. (1984). **Tri svijeta**. Zagreb: Globus.
- Bauman, Z. (1984). **Kultura i društvo**. Beograd: Prosveta.
- Bartakis, K. D. et al. (1991). The Relationship of Physician Medical Interview Style to Patient Satisfaction. **Journal of family Practice** 17., str. 175–181.
- Berger, P., Luckmann, (1992). **Socijalna konstrukcija zbilje**. Zagreb: Naprijed.
- Bohman, J. (2000). The Importance of the Second Person: Interpretation, Practical Knowledge, and Normative Attitudes. U: Kogler, Hans, Herbert and Stueber, Karsten, R. (ed.). **Empathy and Agency. The Problem of Understanding in the Human Science**. Westview Press.
- Bourdieu, P. (1992). **Što znači govoriti. Ekonomija jezičnih razmjera**. Zagreb: Naprijed.
- Cabet, E. (1952). **Put u Ikariju**. Beograd: Kultura.
- Carlos, A. R., Mara S. Aruguete (2000). Task and socioemotional behaviors of physicians: a test of reciprocity and social interaction theories in analogue physician–patient encounters. **Social Science and Medicine**. 50, str. 309–315.
- Coburn, D., Willis, E. (2003). The Medical Profession: Knowledge, Power, and Autonomy. U: Albrecht, Gary L., Fitzpatrick, Ray&Scrimshaw, Susan C. (ed.). **The Handbook of Social Studies in Health & Medicine**. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications.
- Devereux, G. (1990). **Komplementaristička etnopsihoanaliza**. Zagreb: Biblioteka Mixta.
- Durkheim, E. (1999). **Pravila sociološke metode**. Zagreb: Naklada Jesenski i Turk.
- Elston, M. A. (1991). The Politics of professional power: Medicine in a changing health service. U: Gabe, J., Calnan, M. and Bury, M. (eds.). **The Sociology of the Health Service**. London: Routledge.
- Fenn, P., Dingwall, R. (1992). The tort system and information: some comparisons between the UK and the US. U: Dingwall, R. and Fenn, P. (eds.). **Quality and Regulation Health Care**. London: Routledge.
- Fenn, P., Habermas, D. and Dingwall, R. (1994) Estimating the cost of compensating victims of medical negligence. **British medical Journal**, 309, str. 389–91.
- Fink, E. (1984). **Osnovni fenomeni ljudskog postojanja**. Beograd: Nolit.
- Fitzgerald, R. (2004). The New Zealand health reforms: dividing the labour of care. **Social Science & Medicine**, 58(2):331–341.
- Frank, R. (2002). Homeopath and patient—a dyad of harmony. **Social Science and Medicine**, 55, str. 1285–1296.
- Frankl, V. E. (1990). **Liječnik i duša. Temelji logoterapije i egzistencijske analize**. Zagreb: Kršćanska sadašnjost.
- Freund, P. E. S., McGuire, M. B. (1991). **Health, illness, and the social body: a critical sociology**. Prentice Hall: Englewood Cliffs.
- Gadamer, H–G. (2000). **Početak filozofije**. Zagreb: Biblioteka Scopus.
- Gadamer, H–G. (2002). **Čitanka. Priredio Grondin Jean**. Zagreb: Matica hrvatska.
- Giddens, A. (1997). **Social Theory and Modern Sociology**. Cambridge: Polity press.
- Gielen, A. C., McDonald, E. M. (1997). The Precede–Proceed Planning Model. U: Glanz, K., Lewis, F. M., Rimer, B. K. (eds.). **Health Behavior and Health Education. Theory, Research, and Practice**. 2nd edition. Jossey–Bass: A Wiley Company.
- Green, J., Thorogood, N. (1998). **Analysing Health Policy. A Sociological Approach**. London and New York: Longman.
- Habermas, J. (1986). **Tehnika i znanost kao »ideologija«**. Zagreb: Školska knjiga.
- Ham, C., Dingwall, R., Fenn, P., Harris, D. (1988). **Medical Negligence: Compensation and Accountability**. Oxford: Centre for Socio–Legal Studies and London: The King's Fund Institute.

- Haralambos, M., Holborn, M. (2002). **Sociologija. Teme i perspective**. Zagreb: Golden marketing.
- Heidegger, M. (1996). **Kraj filozofije i zadaća mišljenja. Rasprave i članci**. Zagreb: Naprijed.
- Heisenberg, W. (1997). **Fizika i filozofija**. Zagreb: Kruzak.
- Horrocks, C. (2001). **Baudillard i milenij**. Zagreb: Naklada Jesenski i Turk.
- Jary, D., Jary J. (2000). **Sociology. Dictionary**. Third edition. Westerhill Road: Harper Collins Publishers.
- Jaspers, K. (1989). **Filozofija. Filozofska orijentacija u svijetu. Rasvjetljavanje egzistencije. Metafizika**. Sremski Karlovci: Izdavačka knjižarnica Zorana Stojanovića.
- Jaspers, K. (1998). **Duhovna situacija vremena**. Zagreb: Matica hrvatska.
- Johnson, T. (1995). Governmentality and the institutionalization of expertise. U: Johnson, T., Larkin, G. and Saks, M. (eds.). **Health Professions and the State in Europe**. London: Routledge.
- Jurić, H. (2001). Gadamer o odnosu teorije i prakse u filozofiji i medicini. U: Priredili: Barbarić, D. i Bracanović T. **Gadamer i filozofijska hermeneutika**. Zagreb: Matica hrvatska.
- Klein, R. (1995). **The New Politics of the NHS**. London: Longman.
- Mellor, P. A. (1993). Death in high modernity: the contemporary presence and absence of death. U: Clark D. (ed.). **The sociology of death**. Blackwell Publishers.
- Mannheim, K. (1978). **Ideologija i utopija**. Beograd: Nolit.
- Mulcahy, L., Tritter, J. Q. (1998). Pathways, pyramids and iceberg? Mapping the links between dissatisfaction and complaints. **Sociology of Health & Illness**, 20(6):825–847.
- Nettleton, S., Harding, G. (1994). Protesting patients. **Sociology of Health and Illness**, 16:38–61.
- Pastuović, N. (2000). Psihološko objašnjenje moralnog razvoja: neke praktične implikacije. U: Cirić, I. (priredio). **Znanost i društvene promjene**. Zagreb: Hrvatsko sociološko društvo i Zavod za sociologiju Filozofskog fakulteta.
- Pawelzik, M. R. (2002). O medicinskom zaboravu tijela. **Filozofska istraživanja**. 22(1):69–82.
- Platon (1990). **Zakoni**. Beograd: BIGZ.
- Radley, A. (1998). **Making sense of illness. The social psychology of health and disease**. London: SAGE Publications.
- Ritzer, G. (1994). **Sociological Beginnings. On the Origins of Key Ideas in Sociology**. New York: McGraw–Hill, Inc.
- Ritzer, G. (1997). **Suvremena sociološka teorija**. Zagreb: Nakladni zavod Globus.
- Ritzer, G. (1999). **Mekdonaldizacija društva. Istraživanje mijenjajućeg karaktera suvremenog društvenog života**. Zagreb: Naklada Jesenski i Turk.
- Schou, K. C. (1993). Awareness contexts and the construction of dying in the cancer treatment setting: 'micro' and 'macro' levels in narrative analysis. U: Clark D. (ed.). **The sociology of death**. Blackwell Publishers.
- Scott, A. (2000). The relationship between the arts and medicine. **Med J Ethics. Medical humanities**, 26, str. 3–8.
- Simmel, G. (2001). **Kontrapunkti kulture**. Naklada Jesenski i Turk. Zagreb: Hrvatsko sociološko društvo.
- Starr, P. (1982). **The Social Transformation of American medicine**. New York: Basic Book.
- White, K. (2002). **An Introduction to the Sociology of health and Illness**. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage.
- Willis, E. (1993). The medical profession in Australia. U: Hafferty, F. and McKinlay, J. (eds.). **The Changing Medical Profession: an International Perspective**. New York and Oxford: Oxford University Press.

WHAT KIND OF PHYSICIAN'S THERAPEUTIC PRACTICE RATIONALISATION DO WE NEED? OR, ON THE "BORN TO BE A PHYSICIAN"

Živka Staničić
School of Medicine, Split

Summary

Since the natural science, especially physics, has been established as a model of a mechanical rationality for all other sciences, physicians are trying to liken with the image of being scientists, in one way or another. Results of numerous research, on the other hand, show that the patient's picture of "a real" physician (which is sublimated in the colloquial, natural expression "born to be" a physician), do not correspond with the definition of a physician as a scientist.

Main reasons for the ever growing split between a patient's and a physician's image of "the real" physician can be found in societal, "structurally contingent" processes – the expansion of a rationalisation which has, as in epidemic raid, affected even the field of a physician's activity. The rationalisation per se is not challenged, but the author indicates negative implications of a dogmatically narrowed application of the rationalisation (only as a pragmatic and theoretical) in the physician's practice. The discussion is, therefore, not being narrowed down to the most simple doubt – "for" or "against" the rationalisation, but aims at the issue of what kind of the rationalisation of a physician's practice is (at all) possible. The foundation of the answer to this key question could be found in the elaboration of a Habermas's theory of a communicative action, a distinctive form of a Weber's theory of rationalisation. Such theoretical framework offers a chance for pointing to inefficiency of all forms of rationality in the field of a physician's practice: "cognitive and instrumental", and "communicative" rationality. With the deduction of arguments, the author tries to prove that the concept of "born to be" a physician represents a good analytical strategy, and that with its assistance the dualistic thesis of rationalism could be overcome (established in the form of a binary antinomy): either values or the knowledge.

Key words: "genuine conversation", physician's "authentic" care, physician's practice, "born to be" a physician, self-definition of a physician, theory of communicative action, forms of rationalisation

WAS FÜR EINE RATIONALISIERUNG DER ÄRZTLICHEN THERAPEUTISCHEN TÄTIGKEIT BRAUCHEN WIR? ODER: ÜBER DEN "GEBORENEN" ARZT

Živka Staničić
Medizinische Fakultät, Split

Zusammenfassung

Seit der Zeit, als die Naturwissenschaft, vor allem die Physik, als Modell mechanischer Rationalität für alle anderen Wissenschaften galt, versuchen die Ärzte auf verschiedene Art und Weise, sich diesem Ideal anzupassen. Die Ergebnisse zahlreicher Forschungen ergaben aber, dass die Vorstellung der Patienten von einem "echten" Arzt – solche Ärzte werden umgangssprachlich als "geborene" Ärzte bezeichnet – nicht mit dem Selbstbild der Ärzte als Wissenschaftler übereinstimmt.

Die Hauptursachen einer immer größeren Diskrepanz zwischen den Vorstellungen der Patienten und der Ärzte vom "echten" Arzt sind in den gesellschaftlichen, "strukturell kontingenten" Prozessen zu suchen, d. h. in einer Expansion der Rationalisierung, die sich – wie eine Art Seuche – auch auf das Tätigkeitsgebiet der Ärzte ausbreitete. In dieser Arbeit wird die Rationalisierung an sich nicht in Frage gestellt, sondern es wird auf negative Folgen einer dogmatisch eingeschränkten bzw. ausschließlich pragmatischen und theoretischen Anwendung der Rationalisierung in der ärztlichen Tätigkeit hingewiesen. Die Diskussion lässt sich also nicht auf ein Pro und Contra in Hinsicht auf Rationalisierung beschränken, sondern es geht um die Frage, was für eine Rationalisierung der ärztlicher Tätigkeit (überhaupt) möglich ist. Die Argumente, die bei der Beantwortung dieser wichtigen Frage heranzuziehen sind, finden sich in einer breiteren Version der von Habermas aufgestellten Theorie der kommunikativen Aktion, einer idiosynkratischen Form der Rationalisierungstheorie Webers. In einem solchen theoretischen Zusammenhang kann auf die Untrennbarkeit aller Formen der Rationalität im ärztlichen Tätigkeitsbereich hingewiesen werden – dies sind die "kognitiv-instrumentale" und die "kommunikative" Rationalität. In dieser Arbeit werden Argumente vorgebracht, durch die die Autorin zu beweisen versucht, dass der Begriff des "geborenen" Arztes als eine gute analytische Strategie eingesetzt werden kann, um die dualistische These des Rationalismus, die als binäre Antinomie "entweder Werte oder Wissen" aufgestellt wurde, zu überwinden.

Grundausrücke: "genuines Gespräch", "authentische" ärztliche Fürsorge, ärztliche Praxis, "geborener" Arzt, Selbstbild des Arztes, Theorie der kommunikativer Aktion, Arten der Rationalisierung