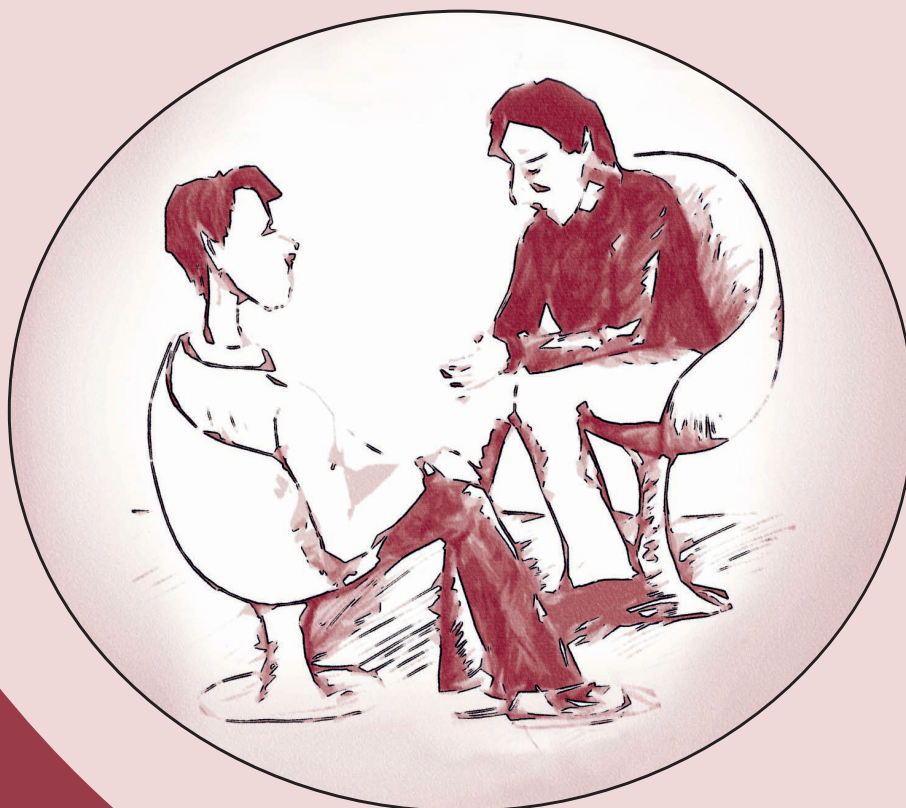


UREDNIK: **Ana Borovečki**

*Elementi naracije u
medicini i o medicini
(Medicina i pripovijedanje)*

Priručnik za izborni predmet



MANUALIA UNIVERSITATIS STUDIORUM ZAGRABIENSIS
UDŽBENICI SVEUČILIŠTA U ZAGREBU

Urednik: Ana Borovečki

**ELEMENTI NARACIJE U MEDICINI I O MEDICINI
(MEDICINA I PRIPOVIJEDANJE)**

priručnik za izborni predmet

UDŽBENICI SVEUČILIŠTA U ZAGREBU

Urednik: Ana Borovečki / ELEMENTI NARACIJE U MEDICINI I O MEDICINI (MEDICINA I PRIPOVIJEDANJE)

Izdavač:

Medicinski fakultet, Sveučilište u Zagrebu

Urednik:

prof. dr. sc. Ana Borovečki

Autori:

dr. sc. Ana Batinić, Odsjek za povijest hrvatske književnosti, Zavod za povijest hrvatske književnosti, kazališta i glazbe, Hrvatska akademija znanosti i umjetnosti, Zagreb

dr. sc. Vedran Bilić, Klinika za psihološku medicinu, Klinički bolnički centar Zagreb

dr. sc. Ana Borovečki, izv. prof., Medicinski fakultet, Sveučilište u Zagrebu

Marko Ćurković, dr. med., Klinika za psihijatriju „Vrapče“

dr. sc. Jasna Čapo, Institut za etnologiju i folkloristiku, Zagreb

dr. sc. Željka Matijašević, red. prof., Filozofski fakultet u Zagrebu

dr. sc. Rudolf Gregurek, red. prof., Medicinski fakultet, Sveučilište u Zagrebu

Recenzenti:

prof. dr. sc. Vlado Jukić, Medicinski fakultet, Sveučilište u Zagrebu

prof. dr. sc. Cvijeta Pavlović, Odsjek za komparativnu književnost,
Filozofski fakultet, Sveučilište u Zagrebu

Prijelom:

Alma Šimunec-Jović

CIP zapis je dostupan u računalnome katalogu
Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu pod brojem 001057703

ISBN 978-953-6255-76-4



Korištenje naziva sveučilišni priručnik odobreno je: Odlukom Senata Sveučilišta u Zagrebu:
Klasa 032-01/18-01/43; Ur. broj: 380-061/117-19-4 na sjednici održanoj 12. veljače 2019.
(Manualia universitatis studiorum Zagrabiensis)

Projekt je realiziran zahvaljujući potpori Ministarstva znanosti i obrazovanja RH

Urednik:
Ana Borovečki

ELEMENTI NARACIJE U MEDICINI I O MEDICINI (MEDICINA I PRIPOVIJEDANJE)

Priručnik za izborni predmet

Zagreb, 2020.

Sadržaj:

Uvod, ciljevi i sadržaj predmeta <i>Ana Borovečki</i>	5
Medicina i svjetska književnost <i>Željka Matijašević</i>	6
Liječnici pisci u hrvatskoj književnosti <i>Ana Batinić</i>	10
Integriranje kulturne antropologije u kliničku praksu: kulturalna značenja i ljudski odnosi <i>Jasna Čapo</i>	19
Pacijentova priča i odnos liječnika i pacijenta u svakodnevnoj kliničkoj praksi <i>Rudolf Gregurek, Vedran Bilić</i>	30
Narativna etika <i>Ana Borovečki, Marko Ćurković</i>	43
PRILOG 1	
Dva života i dvije smrti: prilog antropologiji smrti i umiranja <i>Jasna Čapo</i>	49
PRILOG 2, PRILOG 3	64

Uvod, ciljevi i sadržaj predmeta

Ana Borovečki

Naracija (lat. *narratio*) istoznačnica je hrvatske riječi **pripovijedanje** (prema Rječniku stranih riječi Bratoljuba Klaića, čin pripovijedanja, pričanje; iznošenje događaja kronološkim redom, poput priče koja se kazuje u pjesmi ili uvodnog dijela u drami). Pripovijedanje je izlaganje događaja u kronološkom, kauzalnom ili kakvu složenijem, umjetnički organiziranom obliku i važan je postupak koji se primjenjuje u književnosti. Književno pripovijedanje osim u formama autobiografije ili biografije najčešće tematizira imaginarne događaje ili izmišljene povijesti. No pripovijedanje je i sastavni dio povijesti bilo da se radi o osobnoj povijesti ili povijesti neke zajednice, države, područja.

Ovaj predmet bavi se s ovim dvama aspektima naracije ili pripovijedanja – književnošću i osobnom poviješću, ali primijenjenima na područje medicine.

Književnost i medicina blisko su povezane. Neki od poznatih svjetskih i hrvatskih književnika bili su liječnici (A. P. Čehov, Gotfried Benn, Dimitrija Demeter), a medicina i bolest često su bile temom niza književnih djela (T. Mann: „Čarobni brijeg“, R. L. Stevenson: „Dr. Jekyll i gospodin Hyde“).

Pacijentova priča, tj. pacijentova osobna povijest važna je za svakodnevni rad liječnika. Iz nje otkrivamo puno o pacijentu i njegovoj obitelji. Priča i kazivanje pacijentove priče katkad mogu imati važnu ulogu i u donošenju etičkih odluka u medicini u sklopu koncepta narativne etike.

U svakodnevnoj kliničkoj praksi narativna etika nalazi primjenu putem razumijevanja priča i karakteristika koje čine identitet pacijenata. Ovakav pristup može pomoći u poboljšanju komunikacije i donošenju odluka te osigurati etički postupak i dobrobit pacijenata.

Ako se koristimo pričama kao alatom za razumijevanje, pregovaranje i shvaćanje situacija na koje nailazimo u svakodnevnom životu, onda je poznavanje narativne etike važno i potrebno. Ako razumijemo kako razmišljamo, osjećamo i interagiramo s društvom putem priča, tada ujedno učimo i o etičkom bivanju u svijetu s drugima, što predstavlja odgovarajući temelj za mnoge naše međuodnose.

Studenti će u sklopu nastave ovoga predmeta naučiti razlikovati pojmove: narativna etika, naracija, poetika, narativna tehnika (izvještaj o događaju, opis, dijalog, digresija i sl.), etnografske metode istraživanja, razumijevanje iz očista drugoga (emski pristup), holizam, interaktivno konstituiranje znanja.

Studenti će na osnovi primjera naučiti koliko je medicina, kao tema, bila zastupljena u svjetskoj književnosti, koji su poznati pisci bili liječnici, koji su hrvatski liječnici ujedno bili i poznati pisci, kako razumijevanje antropološke epistemologije i metodologije, odnosno etnografskog istraživanja i etike te odnosa liječnika i bolesnika može pomoći u svakodnevnom radu liječnika.

Korak 1: (vrijeme 25 min)

Studenti tijekom nastave sjede u krugu. Na samome početka trebaju se međusobno upoznati tako da se svaki student predstavi imenom i prezimenom (1); kaže nešto ukratko o sebi (2); zašto je upisao baš studij medicine (3); navede razlog zbog kojeg je odlučio sudjelovati u nastavi ovog predmeta (4). Nastavnik je također dio kruga i treba se predstaviti studentima na isti način na koji su to i oni učinili. Tijekom izvođenja nastave nastavnik je dio nastavnog procesa kao i studenti.

Korak 2: (vrijeme 20 min)

Pažljivo pročitajte tekst *Medicina i svjetska književnost*.

Medicina i svjetska književnost

Željka Matijašević

1. Bolest kao književna tema, kao psihička trauma

U tome su smislu ključne teorijske premise Cathy Caruth u okviru 'studija traume' (eng. *trauma studies*), u djelu *Unclaimed Experience* (1996). Za definiciju traume unaprijed su zadana dva trenutka – trenutak izvorne nesreće ili užasa, ali i trenutak u kojem se po prvi puta pojavljuju simptomi ponovljenog iskustva traume. Puna dimenzija užasa nekog traumatskog iskustva leži u neočekivanosti i nepredvidivosti kako izvorne traume tako i njezine ponovljene pojave, što na traumatiziranu osobu ima učinak daljnjeg traumatiziranja. Osoba koja boluje od traumatske neuroze svoje iskustvo samo iskazuje umjesto da ga proradi i integrira u svoju osobnu životnu pripovijest, pa je traumatsko iskustvo po svojoj prirodi neasimilirano i neshvatljivo.

Shoshana Felman i Dori Laub (*Testimony: Crises of Witnessing in Literature, History and Psychoanalysis*, 1992), analiziraju *Kugu* Alberta Camusa. Analiza romana teče usporedo s analizom kanonskog filma o Holokaustu, Shoah, Claudea Lanzmanna te općenito Holokausta kao povijesnog događaja, analizirajući navedeno sa stajališta temeljne kategorije svjedočanstva. Upućuju na „neuspjeh bolesti i smrti drugog da budu značajan događaj za druge, a upravo ta beznačajnost „zahtijeva naraciju“. Baveći se u knjizi Holokaustom, uvode pojam „drugog holokausta“, što označava povratak i ponavljanje trauma od naraštaja do naraštaja: „ako netko govori o traumi a da ga se pritom istinski ne čuje ili sluša, sam čin iskazivanja traume može se doživjeti kao povratak traume – kao ponovno doživljavanje samog događaja“ (Felman i Laub). Upravo to konačno i krajnje poništenje mogućnosti govora o traumi jest ono što predstavlja najgori udarac, odnosno nemogućnost narativizacije traume jest njezino ponavljanje – druga trauma. Traumatičan događaj opisat će kao onaj koji se, iako stvaran, dogodio „izvan parametara 'normalne' zbilje, poput kauzalnosti, slijeda, mjesta i vremena“ (Felman i Laub). „Trauma je tako događaj koji nema kraja, nema početka, nema prije, nema za vrijeme i nema poslije“ (Felman i Laub). Iz toga proizlazi da je proces naracije o bolesti ustvari proces rekonstruiranja povijesti, odnosno bolje je reći – proces uspostave osobne povijesti kao takve.

Prema Jacquesu Lacanu, govor je upravo područje vladavine analitičara i njegova zadaća. Postoji prazan govor, analitički govor u kojem pacijent govori o nekome tko ustvari nije on, jer nije preuzeo svoju žudnju. A što je puni govor? Budući da je za Lacana psihoanalitička anamneza vezana uz istinu, „učinak punog govora jest da se ponovno poredaju kontingencije iz prošlosti i dodijeli

im se značenje nužnosti koje su trebale doći“ (Lacan 1953: 133), dakle, pretvaranje slučaja u nužnost. Što je za Lacana istinsko Freudovo otkriće: subjekt preuzima svoje iskustvo utoliko što ga konstituira govor upućen drugom i to je temelj onoga što je Freud nazvao psihoanalizom:

„Nesvjesno je ono poglavlje moje povijesti koje je obilježeno prazninom ili nastanjeno lažima: to je cenzurirano poglavlje“ (Lacan 1953: 136), ali istina je već negdje zapisana, na tijelu u histeričnim simptomima te sjećanjima iz djetinjstva. „Ono što učimo subjekt da prepozna kao svoje nesvjesno jest njegova povijest, to jest, pomažemo mu da dovrši stvarnu historizaciju činjenica koje su već odredile stanovit broj povijesnih ‘preokreta’ u njegovu životu“ (Lacan, 1953: 139). Lacanovo okretanje od Freudove biologije, teorije libida i libidnih stadija jasno se vidi u sljedećoj rečenici: „Tako je svaka fiksacija na takozvani libidni stadij prije svega povijesni ožiljak: stranica srama koja je zaboravljena ili poništena, ili stranica slave koja obvezuje.“ (Lacan 1953, 139).

„Simboli tako potpuno obavijaju čovjekov život mrežom da, još prije nego što dođe na svijet, spajaju one koji će ga začeti „po krvi i mesu“, donose pri njegovom rođenju, zajedno s darovima zvijezda, ako već ne s darovima vila, nacrt njegove sudbine, daju riječi koje će ga učiniti odanim ili odmetnikom, zakonitosti koje će ga pratiti do samog mjesta na koje još nije stigao, pa čak i s onu strane njegove smrti, i preko njih njegov kraj zadobiva smisao u posljednjem sudu, kada ga riječ razrješuje ili osuđuje“ (Lacan 1953: 158)

2. Autobiografski, ispovjedni model naracije o bolesti

Autobiografski usmjeren tekst vuče podrijetlo još iz antičkih vremena; u srednjovjekovlju se nastavlja s Augustinovim Ispovijestima do procvata konfesionalnog modela, vezanog uz kršćansku praksu ispovijedanja. „Ispovijest je uvijek *confessio peccati*, ispovijest grešne duše koja vodi čovjeka do božje milosti.“ (Zlatar, *Tekst, tijelo, trauma*, 2004). Privlačnost tipa ispovjednog teksta koji se bavi problematikom duševnih bolesti, zamah je dobila u 20. stoljeću, iako su primjeri ovog specifičnog modela postojali i ranije.

Postavlja se pitanje: kako definirati traumu? Trauma se najčešće u literaturi opisuje kao događaj koji je izvan uobičajenog ljudskog iskustva, te bi time označavala objektivno teške događaje, istinski traumatizirajuće, poput iskustva rata, teških nesreća, fizičkog, seksualnog i psihičkog zlostavljanja i slično. Već se u ovoj definiciji uočava da se traumatičnost ljudskog iskustva teško može kategorizirati prema objektivnim kriterijima. Razina traumatičnosti određenog događaja krajnje je individualna, no valja primijetiti da je snažna afektivna reakcija na događaj koji po sebi nije traumatski u smislu navedenih kriterija – svakako indikacija za psihoterapiju. Istovremeno, ne priznati da je neki “neznatan” događaj za pojedinu osobu bio ili jest traumatičan značilo bi posve zanijekati subjektivitet te osobe. Također je izvjesno da nevidljivo traumatiziranje, krajnje suptilne psihološke manipulacije nanose veliku psihičku bol iako nema izravnih znakova zlostavljanja. Takvo je “izluđivanje” u literaturi dobilo ime *gaslighting*, prema poznatom filmu Georgea Cukora *Gaslight* (Plinsko svjetlo), kao sustavno manipuliranje i dovođenja žrtve u stanje posvemašnjeg psihičkog disbalansa.

Pisanje kao palijativna mjera. „Tko je god ikada pisao, slikao, izrađivao kipove i skulpture, gradio ili smišljao izume, činio je to samo kako bi se izvukao iz pakla.“ (Antonin Artaud). Postoje paralelni procesi terapijskog tijeka, odnosno napredovanja u borbi s bolešću te proces napredovanja putem pripovijedanja. Potrebno je „izgubiti se da bi se pronašlo“: nakon posvemašnje dezintegracije subjekta u bolesti pisanjem se ponovno uspostavlja cjelovitost – možda ne onakva kakva je prethodila bolesti, ali u svakom slučaju oplemenjena mudrošću nedostupnom

„običnim smrtnicima“ – „bili smo na kraju svijeta i vratili se“ (Zlatar 2004). Dijeljenje napisanog s javnošću može odigrati funkciju katarze koliko i optužbe: „Vi ste krivi za ovo, vi ste oni koji čine svijet mjestom toliko nepodnošljivim da je jedini način obrane otklizavanje u ludilo“. Status žrtve, navodi Pascal Bruckner u djelu *Neprestana ushićenost: esej o prisilnoj sreći* (2001), može biti itekako poželjan – „Dugo prepuštana zaboravu i stidljivo preskakana u političkim govorima, patnja isplivava na površinu, vraća se uz fanfare, stječe sumnjivu svetost: više nimalo obscena, sada je na sceni, a čim se javno pokazuje, traži odrješenje. Za onoga koji se može pozvati na nju, izložiti javno sve svoje patnje, ne primjenjuju se uobičajena pravila etike.“ (Bruckner 2001).

Duševne bolesti kao tema konstanta su zapadne kulture; ludilo privlači gomile. Međutim, toliko depresivaca pati u tišini, a da nitko za njih ne zna, njihovo je jedno stanje nekako nevidljivo sve dok ne usvoje ekscentrično ponašanje, tipično za ludilo, koje je nemoguće zanemariti. „Depresija je tako nekarizmatično oboljenje, toliko suprotno od živahnog zračenja koje povezujemo s ludilom... Pomislite kako je živjeti u depresiji od trenutka do trenutka i znajte da nije vrijedno niti jednog velikog umjetničkog djela koje nastaje kao njezin nusproizvod.“ (Wurtzel, *Prozac nacija*, 2005)

Podžanr „suicidalnih tekstova“ završava, uvjetno rečeno, hepiendom. Junak/inja se nakon tegobnog puta izvlači i vraća u organizirani svijet kulture kao cjelovita (ili cjelovitija) ličnost. Koliko je to u skladu sa stvarnim biografijama, drugo je pitanje. Ono što je važno jest da čitatelj/ica doživljava osobnu katarzu tuđim iskustvom koje im poručuje kako je povratak iz „onostranog“ jedina opcija.

3. Spajanje subjekta/objekta bolesti: Dr Jekyll i g. Hyde

- Vežanost djela za kasnoviktorijanske rasprave o dvostrukoj ličnosti i njezinu navodnom uzroku, neravnoteži dvostranih moždanih polutki.
- Općepoznata činjenica da je Stevenson proučavao medicinsku literaturu svoga vremena, iako je sam autor glatko poricao uporabu bilo kakve medicinske literature ili proučavanje pojedinačnih medicinskih slučajeva kao modela.
- Novela na određen način predstavlja svojevrsnu subverziju, ako ne i parodiranje medicinskih učenja Stevensonova vremena, a ta parodija medicinskog slučaja ostvarena je u neobičnom mediju gotske romanse.
- Novela opisuje borbu dr. Jekylla i njegovu potrebu da zadrži znanstvenu objektivnost zbog zastrašujuće realnosti g. Hydea koji je predmet njegova proučavanja.
- Naglasak analize je na strukturi ličnosti Jekylla/Hydea, kao i na analizi strukture same novele jer se upravo obrće objektivno (Jekyll) nasuprot subjektivnom (Hyde), odnosno znanstvenik (Jekyll) i njegov predmet istraživanja (Hyde).
- Vežanost Stevensonove novele uz psihološke teorije kasnoviktorijanskog doba – je li Stevenson bio prijemčiv ili kritičan prema teorijama dvostrukog mozga? Prema tim teorijama, Jekyllovo ludilo kao da dolazi iz neravnoteže dviju polovica mozga, od preuveličane desne polutke koja preuzima dominaciju nad racionalnim djelatnostima lijeve polutke.
- Vežanost novele za gotički književni rod i figuru dvojnika kao reprezentativnu za taj rod, ali istovremeno vezivanje novele za naizgled realistički književni rod o medicinskom slučaju.

- U naraciji se vidi ključna interimplikacija realističkog/gotskog, objektivnog medicinskog slučaja i subjektivne Jekyllove ispovijedi. U svojem posljednjem pismu Jekyll nudi sebe kao budući medicinski slučaj, postaje pacijent te prestaje biti liječnik.
- Stevenson na nekoliko razina izokreće, potkopava i ironizira dominantne znanstvene i kulturalne modele svojega vremena: ponajprije time što je svojega bolesnog protagonista učinio liječnikom.
- Ugledni filozof znanosti Ian Hacking smatra kako su psihološke studije nakon Freuda zadobile nov oblik koji je prepreka objektivnom medicinskom pogledu jer „terapije, posebno abreaktivne terapije, uključuju odnos između pacijenta i terapeuta“ te se pita: „Što nam je činiti s medicinskim izvješćima kada znamo da izvjestitelj nije pasivan svjedok već aktivni agens u medicinskom slučaju?“ (Hacking 1991: 839).

Korak 3 (vrijeme 45 minuta):

Nakon što ste pročitali ovaj tekst pokušajte u diskusiji u grupi odgovoriti na sljedeća pitanja:

1. Koje su medicinske teme u književnosti prisutne?
2. Zašto se neke medicinske teme u književnosti pojavljuju češće od drugih?
3. Zašto liječnici pišu?
4. Tko su poznati pisci u svjetskoj književnosti koji su i liječnici?

Korak 4 (vrijeme 135 minuta): Rad na tekstovima iz svjetske književnosti

Studenti će na nastavi dobiti tekstove iz svjetske književnosti koje će čitati na satu i pokušati odgovoriti na sljedeća pitanja:

1. Koja je tema pročitanog teksta?
2. Na koji način pisac progovara o bolesti i medicini u ovome djelu?
3. Iznosi li pisac detaljne opise bolesti, nekih medicinskih postupaka, odnosa liječnika i bolesnika ili života liječnika?
4. Zašto se pisac odlučio za ovu temu i na koji način je ona povezana s njegovom biografijom i vremenom u kojem je živio?

Primjeri mogućih tekstova:

Luko Stulli (1772. – 1828.) *Vaccination carmen elegiacum* (1804.)

Robert Louis Stevenson (1850. – 1894.), britanski književnik, dijelovi iz romana *Neobičan slučaj dr. Jekylla i g. Hydea* (1886.)

Anton Pavlovič Čehov (1860. – 1904.), ruski književnik i liječnik – izbor iz kratkih pripovjetki

Thomas Mann (1875. – 1955.) njemački književnik, 1929. dobio je Nobelovu nagradu za književnost – dijelovi iz romana *Čarobni brijeg* (1924.)

Gottfreid Benn (1886. – 1956.), njemački ekspresionistički pjesnik i liječnik, pet puta nominiran za Nobelu nagradu za književnost – izbor iz poezije, dijelovi iz autobiografije *Dvostruki život* (1950.)

Sylvia Plath (1932. – 1963.) američka pjesnikinja – izbor iz poezije

Neven Orhel (1947 –) *Uzbuna na odjelu za rak* (1983.)

Liječnici pisci u hrvatskoj književnosti

Ana Batičić

Činjenicu da se znatan broj liječnika bavi nekom granom umjetnosti mogli bismo nazvati svojevrsnim kuriozitetom, pa čak i kulturološkim fenomenom. Osim književnim, liječnici su se oduvijek isticali svojim glazbenim, slikarskim, kiparskim, fotografskim i mnogim drugim umjetničkim talentima. U hrvatskoj kulturnoj, ili uže književnoj povijesti toj se činjenici sve donedavno posvećivalo relativno malo pozornosti. Proučavanjem ove tematike bavili su se medicinski i kulturni povjesničari poput Lavoslava Glesingera, Vladimira Dugačkog, Miroslava Pantića, Slavka Perovića, Vladimira Bazale te u novije vrijeme Ivica Vučaka, ukazujući na to da su i hrvatski liječnici ostavili trag u hrvatskoj književnosti. Ili bi se možda moglo reći i obrnuto: hrvatski književnici dali su doprinos hrvatskoj medicini... Za razliku od situacije u domaćoj književnoj povijesti, u svijetu – posebice u Sjedinjenim Američkim Državama – prepletanje medicine i literature, ne samo u kontekstu liječničkog autorstva književnih djela, nego i s obzirom na narativne sastavnice same medicine, pobudilo je veliko zanimanje i postalo je predmetom proučavanja medicinske humanistike (engl. *medical humanities*). O tome svjedoči ne samo velik broj članaka napisanih o toj temi, nego i objavljene knjige, održani stručno-znanstveni skupovi te časopisi posvećeni medicinsko-literarnim poveznicama: „Literature and Medicine“ u izdanju Johns Hopkins University Pressa i „Medical Heritage“ W. B. Saundersa.¹ U posljednje vrijeme do pomaka je, ipak, došlo i kod nas. S ciljem poticanja liječnika na književno stvaralaštvo godine 2002. osnovan je Literarni klub Hrvatskog liječničkog zbora, čija je predsjednica liječnica i prozaistica Mirjana Hercigonja Saucha. Također, godine 2006. u *Liječničkim novinama* uvedena je rubrika *Liječnici književnici*, a 2007. pokrenut je i literarni natječaj namijenjen liječnicima piscima: Natječaj za liječničku kratku priču. Na prvi pogled daleke i nepovezane,² medicina i književnost dijele mnoge dodirne točke i preokupacije, a njihov je suodnos u najjednostavnijem smislu moguće svesti na dvije osnovne, međusobno isprepletene razine. Medicinske teme, bez obzira na to opisuju li rad liječnika ili su usmjerene na iskustvo bolesnika, čest su predmet obrade književnih djela. Od poznatijih primjera spomenimo *Neobičan slučaj dr. Jekylla i gospodina Hydea* (1886.) Roberta Louisa Stevensona, kojim autor uz miješanje elemenata horora i psihoanalize tematizira ljudsku psihu, preciznije dvojnost čovjekove prirode s obzirom na granice dobra i zla. U romanu *Čarobna gora* (1924.) Thomasa Manna, mladi inženjer Hans Castorp boravi u sanatoriju, gdje se upoznaje sa svojom bolesti, plućnom tuberkulozom, i metodama njezina liječenja. Od tuberkuloze boluje i Arsen Toplak iz *Isušene kaljuže* (1957.) Janka Polića Kamova. Roman *Kuga* (1947.) Alberta Camusa putem liječnika Bernarda Rieuxa,

1 David Waldron Smithers: *This Idle Trade. On Doctors Who Were Writers*, Tunbridge Wells Kent: The Dragonfly Press, 1989., str. 11.

2 Riječima Lavoslava Glesingera, „put od medicine do poezije kadikad je dalek, ali često i nije. Mnogi je liječnik po svom samom zvanju pjesnik; – bit će pjesnik to prije, što mu je duh više analitičan, – što više prodire prema krajnjoj granici fizičkoga. [...] Odnos liječnika prema svijetu, prema ljudima i događajima, sasvim je osebujan. Liječnik po svome zvanju dobiva pogled u mnoge skrovite kutove ljudske duše, – njegovo ga zvanje uči gledati svako zbivanje kritički ali shvaćajući. Njegovim se očima pokazuje život u čitavoj svojoj suštini i draži ga, da pronikne u najdublje uzroke života i bivstvovanja. [...] Jer i pjesnik i liječnik postaje po svom nagnuću, – po svom unutarnjem pozivu. Možda postoji odatle tolika veza među medicinom i poezijom!“, „Ars Therapeutica“, god. V, br. 7, str. 222, 224; Zagreb, juli 1932.

dočarava čovjekova unutarnja previranja u borbi s epidemijom kuge. Henri René Albert Guy de Maupassant (1850. – 1893.) u svojim kratkim pričama opisuje simptome svoje bolesti-neurosifilisa. U autobiografski obojenom romanu *Hologrami straha* (1987.) Slavenke Drakulić, pripovjedačica je mlada žena koja prolazi operaciju transplantacije bubrega... Iz posljednjeg primjera vidimo da i sami bolesnici katkad imaju potrebu, s manje ili više autobiografskih detalja, književno iskazati svoje bolesničko iskustvo, bez obzira na to jesu li se već prije bavili književnošću ili su joj se, poput Vesne Andrijević Matovac (*Žena s ružičastom vrpcom*, 2012.), Vide Borš (*Humor, a ne tumor*, 2013., isprva pisan kao blog) i Ankice Begić (*Indijanac komanč, moj brat po krvi*, 2013.) okrenuli u bolesti, omogućivši nam da iz osobne (pri)povijesti čujemo „glas pacijenta“. A kad su ti bolesnici-književnici ujedno i liječnici, poput, primjerice, Vojislava Kuzmanovića koji je apsolvirao na zagrebačkom Medicinskom fakultetu (*Zapisi o vlastitom umiranju*, 1979.) ili kirurga Richarda Selzera (*Raising the Dead: A Doctor's Encounter with His Own Mortality / Vraćanje u život: liječnikov susret s vlastitom smrtnošću*, 1993.), tada je bolest osvijetljena iz dvostruke perspektive: medicinsko-znanstvene i individualne.

Medicinske teme nalazimo i u operama tj. u njihovim libretima (libreto – djelo koje sadrži riječi za glazbenu izvedbu opere). Violetta, glavna junakinja opere *La traviata* talijanskog skladatelja Giuseppea Verdija (1813. – 1901.), boluje od tuberkuloze. Libreto ove opere pisan je prema romanu *Dama s kamelijama*, francuskog književnika Alexandra Dumasa sina (1824. – 1895.). Mimi, glavna junakinja opere *La Bohème* talijanskog skladatelja Giacomina Puccinia (1858. – 1924.) također umire od tuberkuloze.

Scenariji za filmove i serije također obiluju medicinskim temama koji se bave ili životom liječnika ili određenim bolestima (Alfred Hitchcock *Začaran, Vrtoglavica*; Miloš Forman *Let iznad kukavičjeg gnijezda*; Penny Marshall *Buđenja*; Randa Haines *Doktor*)

Naravno, književna se djela liječnika³ ne oslanjaju isključivo na medicinsku tematiku. Dapače, čitajući djela velikih pisaca svjetske književnosti poput francuskog renesansnog filologa, pedagoga, prirodoslovca i književnika François Rabelaisa (1484. – 1553.), švicarskog pjesnika Albrechta von Hallera (1708. – 1777.), škotskog prozaista Tobiasa Georgea Smolletta (1721. – 1771.), engleskog pjesnika romantizma Johna Keatsa (1795. – 1821.), sir Arthura Conana Doylea (1859. – 1930.) – „oca“ Sherlocka Holmesa, potom ruskog klasika Antona P. Čehova (1860. – 1904.),⁴ austrijskog književnika Arthura Schnitzlera (1862. – 1931.), engleskog pripovjedača, dramatičara, tajnog agenta Williama Somerseta Maughama (1874. – 1965.) vjerojatno najpoznatijeg kao autora kratkih priča, potom avangardnog američkog pjesnika, dramatičara i prozaista Williama Carlosa Williamsa (1883. – 1963.), berlinskog dermatologa i ekspresionističkog pjesnika Gottfrieda Benna (1886. – 1956.), ruskog prozaista i dramatičara Mihaila Bulgakova (1891. – 1940.), škotskog romanopisca Archibalda Josepha Cronina (1896. – 1981.), češkog pjesnika Miroslava Holuba (1924. – 1998.), rusko-židovskog pisca Leonida Cipkina (1926. – 1982.), američkog pisca kratkih priča, dnevnika i esejističkih zapisa Richarda Selzera (1928.), zatim autora iznimno popularnog *Jurskog parka*, televizijske serije *Hitna služba*

3 Pojam „liječnici-književnici“ moguće je shvatiti u užem i širem smislu. U užem smislu odnosio bi se samo na diplomirane doktore medicine, a u širem smislu obuhvatio bi i doktore stomatologije, kao i one koji su počeli sa studijem medicine, ali ga nikada nisu završili. Tu su još i liječnici koji su diplomirali, ali nikada nisu radili u struci, zatim liječnici koji su s vremenom napustili praksu i posve se priklonili književnom radu te naposljetku oni koji su cijeloga života primarno radili kao liječnici, baveći se književnošću kao hobbijem ili usputnom djelatnošću. Usp. Faith McLellan: *Literature and medicine: physician-writers*, „The Lancet“, vol. 349, str. 564; February 22nd 1997.

4 Poznata je i često citirana Čehovljeva rečenica: „Medicina mi je zakonita supruga, a književnost ljubavnica. Kad mi dosadi jedna, ja noćim kod druge.“ Iz pisma A. S. Suvorinu, Moskva, 11. rujna 1888., *Sabrana dela Antona Pavloviča Čehova, Pisma I*, 1879. – 1894., knjiga jedanaesta, Beograd – Čakovec: Jugoslavijapublik – Zrinski, 1989., str. 137.

Michaela Crichtona (1942. – 2008.) ili pak suvremenog američko-afganistanskog pisca Khaleda Hosseinija, rođenog 1965. u Kabulu, rijetko imamo na umu činjenicu da su svi redom liječnici.

I naša se nacionalna književnost može pohvaliti povijesnim kontinuitetom književnog stvaralaštva liječnika, od etabliranih književnih imena poput Dimitrija Demetra (1811. – 1872.) ili Miroslava Feldmana (1899. – 1976.), tj. autora za koje se može reći da su mnogo poznatiji kao književnici nego kao liječnici, do onih koji su gotovo samozatajno pisali u predahu od liječničke prakse ili pak nakon odlaska u zasluženu mirovinu.⁵ U hrvatskoj književnosti liječnici su nazočni od najranijih razdoblja, a ukupnost njihova književna djela uz književnost za odrasle obuhvaća i dječju književnost i književnost za mlade, kao i gotovo sve književne rodove, oblike i vrste, od lirike, epike, dramskih tekstova do esejistike i publicistike. Sadržajno, osim različitih nemedicinskih tema, liječnici često posežu za inspiracijom u svakodnevici te dolazi do miješanja autentične stvarnosti iz liječničke prakse i dijagnostičkih elemenata s fikcijom, čak i znanstveno-fantastičnim motivima. Pristupi tematici, mogu biti humoristički, biografski, naturalistički, povijesni, socijalni itd. U razdoblju starije hrvatske književnosti liječnici su bili dubrovački pjesnici i prevoditelji Đuro Hidža (1752. – 1833), Miho Dadić (oko 1771. – 1851.) i Luko Stulli (1772. – 1828.), koji je bio i dramatičar. Julije Bajamonti (1744. – 1800.) liječnik iz Splita bio je također književnik, sakupljač narodnih pjesama, skladatelj, glazbeni teoretičar, polihistor, filozof i enciklopedist. Medicinske je struke bio i prevoditelj, pisac i utemeljitelj zdravstvenog turizma u Opatiji Đuro Matija Šporer (1795. – 1884.). U vrijeme hrvatskog narodnog preporoda nezaobilazno je djelovanje Dimitrija Demetra (1811. – 1872.), utemeljitelja hrvatske dramske književnosti i autora epskog spjeva Grobničko polje (1842.) napisanog po uzoru na političko-povijesne drame Teute (1844.). Ivan Dežman bio je sastavljač prvog hrvatskog medicinskog rječnika i jedan od osnivača i urednika Viena, a napisao je na tragu Ariosta, Tassa, Gundulića i Mažuranića romantični ep u 12 pjevanja Smiljan i Koviljka (1865.). U devetnaestom stoljeću na kulturnom je polju djelovao i kirurg i ravnatelj dubrovačke bolnice Ivan August Kaznačić (1817. – 1883.).

U novijem razdoblju među liječnicima pjesnicima spomenimo imena poput poliglota, polihistora, pjesnika i esperantista Ante Grgurine (1877. – 1957.), ravnatelja Zakladne bolnice Rebro za vrijeme NDH Šimuna Cvitanovića (1891. – 1945.), Dubrovčanina Vinka Vilića (1901.), čiji reflektivni stihovi svjedoče o autorovoj povezanosti s rodnim gradom, pedijatra Vladimira Kolbasa Lidova (1920. – 1994.), Požežanina Branka Živkovića (1925. – 1991.), otorinolaringologa i člana Matice hrvatske u Zadru Mile Klarića (1933.), internista Asafa Durakovića (1940.) i Zijada Durakovića (1943.),⁶ Radomira Dumičića (1941.) koji se osim književnošću bavi i slikarstvom, Brune Baršića (1954.), veleposlanika Republike Hrvatske, priređivača nekoliko lirskih antologija i utemeljitelja bračkog festivala „Croatia rediviva“ Drage Štambuka (1950.), Ivana Alerića (1963.), psihijatrice Tihane Jendričko (1971.) te autore haiku stihova Duška Matasa (1933.), Ljubomira Radovančevića (1941.), Dubravka Marijanovića (1955.) i Tomislava Maretića (1951.). Jezično vrijedne, autentično obojene dijalektalne stihove pišu „čuvari domaćeg govora“ – kajkavci Verica Jačmenica Jazbec (1946.) i Željko Reiner (1953.). Starogradskom i velolučkom čakavicom javlja se Dobrila Franetović Kuzmić (1938.) a govor mjesta Kali na otoku Ugljanu od zaborava čuvaju stihovi Slavka Perovića (1921. – 2007.). Iznimno je topla poezija Ranka Mladine (1949.), pisana splitskim govorom, Mile Klarić (1933.) njeguje govor Stankovaca, Josip Zvonimir Čadež Lala (1949.) arhaični ravnogorski leksik, a Suzana Mušković (1962.) labinštinu.

⁵ Detaljnije informacije o liječnicima književnicima u okviru korpusa hrvatske književnosti čitatelji mogu pronaći u književnom dodatku „Liječničkih novina“ HLK *Kratke priče hrvatskih liječnika*, ur. Tomislav Sabljak, Zagreb, ožujak 2008. te knjizi *Liječnici pisci u hrvatskoj književnosti od Dimitrije Demetra do danas*, prir. Ana Batinić, HAZU, Zagreb, 2008.

⁶ Priredio je i četiri zbirke liječnika pjesnika: *Zapis o zemlji Hrvatskoj. Izabrane pjesme liječnika*, Zagreb: Birooprema, 1993., *Vukovarsko zvono. Antologija pjesama liječnika*, Zagreb: SIPAR, 1995., *Lijet sarmatskog sokola. Zbirka pjesama liječnika*, Zagreb: SIPAR, 1996., *Sat bezvremena. Zbirka pjesama liječnika*, Zagreb: Grafos, 1999.

U prozi djelom *Dr. Ljubica Petrović. Roman jedne doktorke* 1933. javlja se osječki liječnik Andrija Deak (1889. – 1980.), a veliku je popularnost hitom *Uzbuna na odjelu za rak* (1983.) stekao dermatovenerolog Neven Orhel (1947.), koji je nedavno objavio i novi kriminalistički roman *Iskra* (2014.). Orhel i Ante Rilović (1933.; *Odjel za opekline*, 1979.) prozu grade upravo na bolničkim odjelima: za rak i za opekline, Željko Gizdić (1962.) svoj satirični roman *Sam protiv Hipokrata* (2004.) djelomično smješta u liječničku ordinaciju, a Matko Marušić (1946.) opisuje medicinu „iznutra“ (*Medicina iznutra*, 2006.). Iza pseudonima-premetaljke Alen Bović „krije se“ ginekolog Ivo Balenović (1969.), koji svoj životopis na kraju romana *Metastaze* (2006.) donosi u obliku otpusnog pisma, a i njegov je drugi roman *Ljudožder vegetarijanac* (2010.) grafički opremljen medicinskim instrumentarijem. Ginekolog Dubravko Habek autor je *Bijele kuge* (2014.), „romana struke“, kako ga je u predgovoru okarakterizirala Helena Sablić-Tomić, u kojemu na temelju proučavanja povijesti primaljske službe u Bjelovaru i bjelovarskom kraju pripovijeda o sudbini primalje koja krajem 19. stoljeća iz Klagenfurta dolazi u malo bilogorsko selo. Među novelistima i „kratkopričašima“ javljaju se Milivoj Dežman Ivanov (1873. – 1940.) – osnivač lječilišta za oboljele od tuberkuloze Brestovac na Medvednici i jedan od osnivača Društva hrvatskih književnika – potom Fran Gundrum Oriovčanin (1856. – 1919.) koji se bavio i prevođenjem, poviješću, arheologijom, leksikografijom, filatelijom i numizmatikom te Miroslav Čačković Vrhovinski (1865. – 1930.), koji je kratku prozu objavljivao pod pseudonimom Ladislav Ladanjski (*Iz liječnikove duše. Crtice*, 1924.). Već spomenuti Andrija Deak objavio je zbirku novela *Gladne žene: ispovijed jednog liječnika* (1932.), a Janko Thierry (1874. – 1938.) javlja se književnim crticama iz liječničke svakodnevice *In dosis refractis (U malim obrocima). Poučne crtice iz života liječnika* (1935.). Knjigom *Šmigulin ili Priča o tvom i mom rođenju* (2002.) Mirjana Hercigonja Saucha (1944.) postigla je uspjeh u Hrvatskoj i Kanadi, a kratku prozu objavljuju i neuropsihijatar i nagrađivani autor kratkih priča Bartul Matijaca (1937.), Viktor Tica (1945.; knjiga novela *Prsten na dnu mora*, 1998.), Matko Marušić (1946.), Drago Prgomet (1965.; ratne priče *Sakupljači gelera*) i epidemiolog Igor Rudan (1971.), koji je 1999. objavio i roman *Mjesec improvizatora*. Sugestivno ispričane priče Božidara Vrbice (1932., zbirka *Sudbine. Više od ordinacije*, 2000.) i Mirne Šitum (1962.; *Naranče i mrtve ribe*, 2004.) donose obilje stručno-medicinskih izraza. Svojom drugom zbirkom *Tko me je rodio* (2015.) Mirna Šitum okreće se osobnijim temama, odajući svojevrzni *hommage* svojoj obitelji, a upravo na takvoj tematici kratke priče gradi i Dražen Pulanić (1974.) kao jedan od najmlađih liječnika literata (*Drugi naziv za sreću*, 2010).

Autobiografskim i memoarskim zapisima trag su ostavili Josip Škarić (1887. – 1976.), Zvonimir Krajina (1923.), potom pasionirani planinar i urednik *Liječničkih novina*, svestrani otorinolaringolog Željko Poljak (1926.), vukovarski liječnik Zlatko Šimunović (1935.), Ranko Mladina (1949.), kirurg Mladen Štulhofer (1924.) i epidemiolog Darko Ropac (1947.), a putopisnim zapisima Gundrum Oriovčanin i Poljak. Među dramskim autorima, uz već spomenutog Demetra, javlja se i Jerko Božić (1869. – 1940.) koji je, osim zbirke pjesama *Juvenilia*, tiskao i tri jednočinke na talijanskom jeziku, a 1922. u Hrvatskome narodnom kazalištu izvedena mu je drama *Svadba*. Svojim se dramskim opusom uglavnom psihološke i (anti)ratne tematike posebno ističe Miroslav Feldman (1899. – 1976.), uz Krležu i Begovića jedan od najizvođenijih hrvatskih dramatičara 1930-ih godina.

Spomenimo i liječnike koji su se istaknuli znanstveno-esejističkim ili publicističkim radovima s područja medicinske, znanstvene, umjetničke, kulturne pa i književne povijesti, poput Ante Kuzmanića (1807. – 1879.), pokretača i urednika prvog kulturnog tjednika na hrvatskom jeziku u Dalmaciji *Zore dalmatinske*, povjesničara medicine Lavoslava Glesingera, Vladimira Bazale, Vladimira Dugačkog, Mirka Dražena Grmeka, Ivice Vučaka, Slavka Perovića, Stelle Fatović

Ferenčić te znanstvenih povjesničara Ante Simonića⁷ i Ante Matkovića. Psihijatar i oftalmolog Stanislav Župić (1897. – 1973.) pisao je o Vladimiru Nazoru i Silviju Strahimiru Kranjčeviću, kirurg Franjo Husinec (1942.) autor je monografije o križevačkom fiziku Franu Gundrumu Oriovčaninu, a Željko Poljak djela *Hrvatski književnik Ivo Andrić* (2002.). Umjetničke prikaze, osvrti i kritike objavljuju i Ljubomir Radovančević, Ante Dugonjić, Boris Vrga (1953.), Janko Dimnjaković (1947.) i dr.

Basnama i bajkama dječju je književnost obogatio Stanislav Femenić (1924.) napisavši tekstove za više od stotinu slikovnica, a veći broj priča za djecu potpisuje i Viktor Tica. Bajkoviti svijet čudesnih priča osječke specijalistice obiteljske medicine Branke Kandić-Splavski (1956.) namijenjen je i djeci i odraslima, a Matko Marušić u svojim se romanima i pričama za djecu (*Snijeg u Splitu*, 1987., *Plaču li anđeli*, 1996., *Škola plivanja*, 2003.) odmaknuo od medicinskih tema, opisujući događaje iz svojeg splitskog djetinjstva i tematizirajući doživljaje djece iz Domovinskog rata. Knjigu za mladež *One misle da smo male* (2010.), u kojoj se miješaju književni i stručno-medicinski diskurs, potpisuju liječnica Anka Dorić i književnica Julijana Matanović.

Iz svega navedenog i više je nego očito da je pisanje jedna od najčešćih i najdražih preokupacija liječnika izvan struke – a neke, spomenuli smo, čak i u potpunosti „preuzme“ pa napuštaju medicinu i postaju profesionalni književnici. Ne postoji, međutim, jednoznačan odgovor na pitanje zašto liječnici pišu. Neki se književnošću počnu baviti iz hobija, drugi u eskapističkoj potrazi za odmakom od stvarnosti ili potrebe za osamom, treći iz strasti ili kreativnog poriva, četvrti radi istraživanja vlastitih osjećaja u vezi s medicinskom strukom ili, pak, upozoravanja na društvene probleme. Većina to vjerojatno čini iz barem dvaju ili triju navedenih razloga ili možda iz kombinacije sviju pomalo. Liječnici imaju privilegiran uvid u ljude i situacije kojima ostali pisci ne-liječnici, kao i većina ostalih ljudi drugih struka, nikada nisu i neće biti izloženi. William Carlos Williams u svojoj autobiografiji priznaje kako mu je liječničko zvanje omogućilo promatranje ljudskog stanja s gledišta ovlaštena voajera.⁸ Ivo Balenović u književnosti vidi odmak od zahtjevne medicinske profesije: „Možda se piše iz obrambenih razloga. Studijem, stažiranjem, specijalizacijom, subspecijalizacijama, permanentnim učenjem, trećinom života u dežurstvima, odgovornošću, medicina u sebe usisava cijelog čovjeka, ona traži potpunu predanost. Njenoj pretenziji se malo-pomalo ili potpuno predaš, ili od straha pred jednodimenzionalnošću počneš pružati otpor tom potpunom utonuću. Ne želim biti profesionalni pisac, ali mislim da pišući, na neki način, postajem bolji liječnik. Artikulirati neki dio sebe bolje je nego pustiti da to ključa iznutra. Možda je pisanje kao udah kod slobodnog ronjenja.“⁹ Poveznicu između svojih dvaju zanimanja Richard Selzer objašnjava sljedećim riječima: „U početku, u vezi s kirurgijom i pisanjem najviše mi se sviđalo zanatsko umijeće. To me privuklo kirurgiji: volio sam učiti kako rezati, šivati i spajati. Oduševljavala me ta tehnička strana posla. Slično tome, kad sam počeo učiti pisati, oduševljavalo me povezivanje riječi u rečenice, podsjetilo me na šivanje rane kirurškim koncem, potom izbor tih riječi, njihova raspršenost na stranici. Jezik je bio i ostao najvažniji dio mojega pisanja.“¹⁰

7 God. 2015. objavio je trilogiju u kojoj se bavi nekim od najvažnijih osoba i događaja iz povijesti, kulturne i prirodne baštine, filozofije i religije šireg riječkog područja sve do danas: *Rijeka vremena. Drevno susretnište zavičajnog i svjetskog. Rijeka velikog uzleta. Zavodljivost starog i izazov novog i Rijeka novih nadanja: stvaranje poželjne sadašnjosti i okrenutost prošlosti*.

8 Richard Carter: *William Carlos Williams (1883 – 1963): Physician-Writer and 'Godfather of Avant Garde Poetry'*, „The Annals of Thoracic Surgery“, vol. 67 (5), str. 1515; 1999.

9 Iz članka Jagne Pogačnik: „*Pokvareni doktor*“ *razotkriva zdravstvo*, www.jutarnji.hr, 5. veljače 2009.

10 Peter Josyph: *What one man said to another: talks with Richard Selzer*. East Lansing, MI: Michigan State University Press, 1994., str. 252, prema: Faith McLellan: *Literature and medicine: physician-writers*, „The Lancet“, vol. 349, str. 566; February 22nd 1997. Prev. Ana Batinić.

No liječničko nagnuće umjetničkom izričaju nije oduvijek bilo prihvaćano blagonaklono. O tome svjedoči i poslanica splitskog liječnika, skladatelja i književnika Julija Bajamontija pod naslovom *Liječnik i glazba* (1796.). Napisana je kao odgovor nepoznatom kritičaru koji osuđuje liječničko bavljenje glazbom i poezijom, smatrajući da se liječnik ne bi smio baviti tako „neozbiljnim poslovima“. Odlučno odbacujući takav stav kao najobičniju „pučku predrasudu“, Bajamonti mu oštro odgovara: „Vi, dakle, vjerujete, moj kume, da se jedan doktor medicine degradira poezijom i glazbom, i da on time postaje nesposoban da se oduži svojoj službi. Jadni liječnici! Kako ih sude! [...] Smatram da je suviše navoditi razloge kojima bih vam prije svega dokazao potpunu plemenitost i dostojanstvo poezije i muzike, koje se mogu smatrati sestrama, pa čak i kao jedna te ista umjetnost, jer muze koje su božice poezije, jednako su i muzike... [...] Pa ako druge ozbiljne nauke, ako druge znanosti, ako druga zvanja nisu obeščašćena ni oštećena poezijom ili muzikom, nema nikakva posebna razloga zbog kojega bi ove tako plemenite umjetnosti trebale biti zločin u vezi s liječničkim zvanjem. [...] Ove vrlo plemenite i božanske umjetnosti nisu stvorene za isprazne glave, kao što za njih nije stvorena ni medicina. Pjesnici i muzičari su povlaštene duše koje posjeduju dar nadahnuća. Tako veliki liječnici kao da su nadahnuti, a najljepša i najsretnija liječenja proizvod su nadahnuća.“¹¹

Nekad pionirski, ovi su svjetonazori danas ne samo prihvaćeni, nego i poticani, pa je upravo na tragu tih spoznaja moguće uočiti analogiju između medicinskog i književnog rada. Književnost se obično najkraće određuje kao umjetnost riječi a medicinu bismo mogli opisati kao umijeće postavljanja dijagnoze i liječenja. Liječenje se, stoga – kao i čin stvaranja umjetničkog djela – može promatrati kao kreativan proces, jer nastaje kombinacijom liječnikovih kompetencija i emocionalna angažmana te pacijentova entuzijazma i aktivnog stava u i prema liječenju. Tradicionalna medicina, međutim, oboljela je osobu percipirala gotovo isključivo kroz prizmu tjelesnog, odvojeno od njezinih psiholoških stanja, zanemarujući činjenicu da bolest nikako nije samo fizička, nego i psihička trauma. Psihološki pristup u medicini – koji se oslanja i na narativne metode – zalaže se za promjenu te znanstvene paradigme i širu percepciju koja prihvaća pacijenta kao psihičko, tjelesno i društveno biće, pri čemu bitnu ulogu ima empatijska sposobnost liječnika. U ovom kontekstu posebno su aktualna zanimljiva razmišljanja osječkog liječnika Andrije Deaka, koji je tridesetih godina prošloga stoljeća zapisao: „Vidjamo ljude ne samo tjelesno već i duševno gole. Vidjamo njihove zlobe, katkada i dobrote, muke, nemoć, neznatnost i veličinu. Skidajući pred nama maske, mi dobivamo posebne i pravilnije pojmove o životnim pojavama. Mnogo toga možemo sami mi liječnici razumjeti i stoga i opraštati. Naš položaj sličan je svećenikovu položaju, jer se i njemu i nama ispovijedaju ljudi. ... Ja sam vazda nastojao vidjeti, čuti i razumjeti čovjeka. Samu bolest, kao patološko-anatomsku pojavu, smatrao sam uvijek kao nešto uzgredno. Mene je zanimalo sam bolesnik. Nikada nisam liječio bolest, nego bolesnika. Nisu mi bile bogzna kako potrebne one nauke, koje sam iz škole donio. Naučeni lijekovi su dobri, ali samo za bolest. Ali lijek, koji je bolesniku potreban, ne stoji ni u jednoj knjizi, taj mora da pronadje srce i mozak svakog liječnika zasebno za svakog bolesnika, i to veoma oprezno. Taj lijek ne dajemo žlicama nego riječima.¹² I ovi su lijekovi veliki, opasni otrovi, kada ih ne dajemo, kako treba – oprezno, svjesno, velikodušno, sa strpljenjem i srcem. Za uspjeh su liječniku dijagnoza, bolnica i lijek sporedne stvari. Uspjeh prije svega zavisi o samom liječniku. Ne samo što kaže, nego kako on nešto kaže. Ne samo o tomu što radi, nego kako radi.“¹³ Godinu kasnije Deak, ne propuštajući priliku kako bi tendenciozno podučio ne samo kolege, nego i šire

11 Julije Bajamonti: *Zapisi o gradu Splitu*, Split: Nakladni zavod Matice hrvatske, 1975., str. 311, 313. S talijanskog i francuskog preveo Duško Kečkemet.

12 Samo za usporedbu, liječnica književnica Branka Kandić-Splavski voditeljica je projekta „Lijekovi od lijepih riječi“.

13 Andrija Deak: „Predgovor“ iz knjige *Gladne žene. Ispovijed jednog liječnika*, Zagreb, 1932., str. 4-5.

čitateljstvo, razrađuje prethodne misli: „Moji kolege tvrde ovako: Isjeći nekome čir iz želuca, tako da rana zacijeli u roku od deset dana. Ili davati luetičaru salvarsana, dok Wassermanova i Kahanova reakcija ne bude negativna. To je savršena medicina. A mene zanima bolesnik nakon zacijeljene rane i nakon antisifilitične kure. Bolesnik, kažem, a ne bolest. Jer bolest je izliječena. Jedino ostaje bolesnik. Zato sam ja veliki renegat medicine. Medicinska malenkost. Fantastičar, površan naučnik. Da, takav sam. Naročito u romanu. A šta hoću? Pokušat ću, da budem jasan: Ne marim ja, što sam slab kao medicinski naučnik u mojim beletrističkim knjigama. Nastojim, da budem veliki pjesnik u bolnicama i u ordinaciji. A za mene je cio svijet jedna velika ordinacija. Svak boluje od nečega, a malo ih ide doktoru naučniku, a ako već ide – nerado ide. A liječnika pjesnika svak rado sluša. Ljudi su sretni, kad je pjesnik-doktor dobar, kad je umjetnik. Kad ih omami, ne kao onaj naučnik sa kloroformom, već lijepim riječima, slatkim, ljekovitim, blagoslovljenim bajkama! Liječnik pjesnik hoću da budem. Iz ove struke nemam diplomu, to je istina, ali nadam se, da me neće niko prijaviti radi nadriljekarstva. Ni moje kolege. Jer sve bolesti ostavljam njima. Neka režu, neka prepisuju lijekove, neka liječe kako im drago. A ja želim, da prikupljam oko sebe bolesnike, kojima ne koristi ni električni nož, ni cijela velika farmakopeja, ali oni ipak nisu izgubljeni. Potrebna im je duševna narkoza. Ne kloroform, ne opijum, već pjesma, bajka, slatka, blagoslovljena, ljekovita bajka liječnika pjesnika.“¹⁴

Dobar liječnik i dobar književnik, dakle, osim sposobnosti empatije, dijele vještine slušanja i promatranja, opažanja, uočavanja detalja i istraživanja, pa nije neobično što su mnogi liječnici književnici uspješno premostili svjetove književnosti i medicine. Empatija omogućava liječniku bolje razumijevanje pacijenta, no istovremeno ga izlaže pacijentovim patnjama i strahovima s kojima suosjeća. U tom smislu književni tekstovi mogu pomoći liječniku da prevlada vlastite strahove i osjećaj bespomoćnosti u kontaktu s bolesnikom i pruži mu adekvatnu (optimalnu) emocionalnu potporu. Proučavajući suodnos književnosti i medicine putem iskustava u kliničkoj praksi, Rita Charon et al.¹⁵ ističu kako bolesnici od liječnika, osim stručne dijagnoze i učinkovite terapije, očekuju i humani pristup u prepoznavanju njihove patnje. Spoznaje i metodologija znanstvenih disciplina u službi medicine dovele su do golemih napredaka u dijagnostici i terapiji, no posljednji je – humani – aspekt zahtjevne liječničke struke nažalost nerijetko zanemaren. Iz toga se razloga, posebno u novije vrijeme, u medicini događa zaokret prema humanistici, kojim se nastoji prevladati često nesimetričan i neravnotežan odnos između liječnika i pacijenta. Znanja naoko posve različitih područja interdisciplinarno se povezuju i stavljaju u službu usvajanja „umijeća medicine“, u čemu veliku ulogu ima upravo književnost. Različiti književni kolegiji, bilo kao obavezni ili kao izborni predmeti, sve više postaju dijelom obrazovanja studenata medicine, a medicinski fakulteti, posebice američki, potiču sudjelovanje (budućih) liječnika na književnim tečajevima i u radionicama pisanja. Putem književnih predložaka studenti medicine, ali i diplomirani liječnici, spoznaju i usvajaju vještine koje im pomažu u boljem razumijevanju pacijentove priče, kao i boljem shvaćanju odnosa pacijenta prema bolesti i liječenju. Uključenost književnosti u medicinsko obrazovanje višestruko pridonosi humanijem pristupu u struci: iz nje liječnici dobivaju primjere iz života bolesnika, književni pogled omogućuje liječnicima spoznavanje moći i posljedica vlastita rada, razvija bolje razumijevanje pacijenata u prikazivanju bolesti što povećava dijagnostičku preciznost i terapijsku djelotvornost te produbljuje razumijevanje vlastite uloge u medicinskoj praksi. Medicinsko obrazovanje uglavnom ne razvija vještine koje bi liječnicima omogućile da pacijentima pomognu dati smisao svojem iskustvu

14 Andrija Deak: „[Predgovor] Pozdravljam te, čitaoče!“ iz: *Dr. Ljubica Petrović. Roman jedne doktorke*, Zagreb, 1933., str. 6-7.

15 Charon, Rita; Trautmann Banks, Joanne; Connelly, Julia E.; Hunsaker Hawkins, Anne; Montgomery Hunter, Kathryn; Hudson Jones, Anne; Montello, Martha; Poirer, Suzanne: *Književnost i medicina: Doprinosi kliničkoj praksi*, „Ann Intern Med.“, April 15, 1995; 122 (8): 599-606. (prev. Slobodan Lang)

bolesti, potaknu ih na aktivno sudjelovanje u liječenju ili im olakšaju prihvaćanje neminovnosti smrti. S druge strane, književnost je bogato vrelo znanja i iskustava o raznim bolestima, kao i različitim očitovanjima i fazama pojedine bolesti. Književno uobličena, dakle fiktivna iskustva pacijenata, pa i istinite patografije – pacijentove naracije o vlastitoj bolesti i procesu liječenja koje pripadaju autobiografskom diskursu – proširuju i dopunjuju znanje liječnika-čitatelja, omogućujući im da više cijene pacijentovu „priču o bolesti“ i njegove stavove te bolje spoznaju ljudske potrebe, jer se liječnici ne bi smjeli oslanjati samo na ono što o bolesti znaju iz vlastitog iskustva. Književni diskurs jače i sugestivnije djeluje na čitatelja od često suhoparnih kliničkih, socioloških ili povijesnih studija te omogućuje liječnicima bolji uvid u posljedice bolesti, kao što su fizičko trpljenje, ali i psihička patnja, strahovi, neizvjesnost i unutarnji sukobi s kojima se neizbježno suočavaju oboljeli – prvo u fikciji, a potom prepoznati i u vlastitim pacijentima. Književni prikazi liječničkog rada, bilo da su im autori sami liječnici ili osobe koje nemaju veze s liječničkom strukom, rasvjetljavaju brojne uloge i očekivanja od medicine te književno oblikovanim događajima i emocijama potiču liječnike u ulozi čitatelja na promišljanje o vlastitim postupcima u poslu te odnosu prema svojim pacijentima – i s njima! Time se, što je jedan od ključnih ciljeva uključivanja humanistike u medicinsko obrazovanje, omogućuje budućim i diplomiranim liječnicima uvid u vlastiti rad u struci, ali i u učinke koje struka ima na njih same, što govori u prilog tome da liječenje, uz stručne i znanstvene strane medicine, uključuje i interpretiranje i promišljanje. Pacijent liječniku „pripovijeda priču“ složenu iz mnogo dijelova: riječima i pokretima prepričava događaje i osjete o bolesti, a njegovo tijelo pripovijeda svoju stranu te iste priče statusom, slikama, laboratorijskim nalazima ili biopsijama. Procjena pacijenta, posebice ako je riječ o suzdržanom ili slabije elokventnom „pripovjedaču“, zahtijeva vještine koje posjeduje i pozoran čitatelj. Stoga, kako bi dali smisao kliničkim informacijama, liječnici se koriste narativnim vještinama i oblicima znanja objedinjujući opisane i pretragama dobivene podatke u smislenu cjelinu.

U okviru trokuta koji obuhvaća bolest, reakciju bolesnika na bolest i liječnika, kao i reakciju liječnika na bolest i bolesnika, uloga je liječnika dvostruka: pasivna i aktivna. Bolesnik dolazi liječniku i, poput usmenog pripovjedača iz narodne književnosti, pripovijeda mu što mu se dogodilo/što mu se događa. Samom prirodom svoje profesije, liječnici bivaju uključeni u životne priče svojih pacijenata. Katkad samo kao svjedoci – kroničari priče zapisane u medicinskom kartonu. Ali vrlo često, kako kaže Abraham Verghese, oni i sami postaju akteri u tim pričama. „Ovlašteni“ za djelovanje na priču, svojim postupcima izravno utječu na tijek pripovijedanja.¹⁶

Korak 2 (trajanje 45 minuta). Nakon što ste pročitali ovaj tekst pokušajte odgovoriti na sljedeća pitanja:

- 1. Koje su medicinske teme u hrvatskoj književnosti prisutne?**
- 2. Zašto se neke medicinske teme u hrvatskoj književnosti pojavljuju češće od drugih?**
- 3. Zašto hrvatski liječnici pišu?**
- 4. Tko su poznati hrvatski pisci koji su i liječnici?**

¹⁶ Abraham Verghese: *The Physician as Storyteller*, „Annals of Internal Medicine“, vol. 135, issue 11, pp. 1012-1017; December 4th 2001.

Korak 3 (trajanje 135 minuta). Rad na književnim tekstovima iz hrvatske književnosti.

Primjeri mogućih tekstova:

Neven Orhel (r. 1940.), hrvatski liječnik i pisac – dijelovi romana *Uzbuna na odjelu za rak* (1983.)

Ivo Balenović (književni pseudonim Alen Bović) (r. 1969.) hrvatski književnik i liječnik – dijelovi romana *Ljudožder vegetarijanac* (2010.)

Antun Branko Šimić (1898. – 1925.), hrvatski pjesnik – izbor iz poezije

Bartul Matijaca (r. 1937.), hrvatski književnik i liječnik – kratka priča *Začarana*

Korak 4 (trajanje 90 minuta). Razgovor s hrvatskim književnikom koji je i liječnik.

Korak 1 (trajanje 45 minuta): Pažljivo pročitajte tekst *Integriranje kulturne antropologije u kliničku praksu: kulturna značenja i ljudski odnosi*.

Rad objavljen u Etnološka tribina vol.47, Zagreb, 2017, str. 222-235

Integriranje kulturne antropologije u kliničku praksu: kulturna značenja i ljudski odnosi

Jasna Čapo

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 spriječavaju li birokratizacija i zahtjev za ekonomijom vremena razvijanje takve prakse.

Ovaj rad inspiriran je pozivom humanistički orijentirane medicine da se u praksi nadvlada znanstveni racionalizam moderne biomedicine s korijenima u kartezijanskoj filozofiji i mehanicističkom dualizmu tijela i duha. Nadilaženje te dualnosti i prihvaćanje egzistencijalnog i duhovnog (Evans 2003), odnosno osobnog cjelokupnog iskustva oboljele osobe¹⁷ (biopsiho-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 Tabory 1999; Saunders 2000). Budući da je u osnovi konstrukcije kliničkog problema i nalaženja 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 u liječniku-znanstveniku i na tehnički tretman bolesti, negirajući njezin psiho-socijalni 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 pokazale su kako su biomedicinske epistemološke pretpostavke o prirodi bolesti, tako i biomedicinsko razumijevanje liječenja društveno konstruirani načini razumijevanja bolesti (društveni konstrukti). Zaključile su kako je biomedicinsko znanstveno objašnjenje bolesti

¹⁷ 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.

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 aure objektivnosti i znanstvene racionalnosti, uvelike ritualizirana i sakralizirana (ibid., v. Kleinman 1980 za klasičnu studiju koja upućuje 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 blisko je vezan za 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 (Saunders 2000). Ona je kombinacija znanstvenoga rasuđivanja, ali i susreta dviju subjektivnosti. Stoga, suvremeni 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 postavi pravilnu 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 „tvrdim“ tehnološkim tretmanima u dehumanizirajućem procesu, a bolest je izolirana od društvenih i osobnih (psiholoških) čimbenika i životnoga iskustva bolesne osobe. S druge strane, kompleksni holistični 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 (engl. *medical care*) kao a) „empatijskog svjedočanstva egzistencijalnog iskustva patnje“ i b) „praktičnog suočavanja s glavnim psihosocijalnim krizama sadržanima u prijetećoj kroničnosti iskustva bolesti“ (1988: 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 uspješnijega liječenja sačiniti „**mini-etnografiju** promjenjivih konteksta kronične bolesti“ ili naraciju o bolesti (engl. *illness narrative*) (istaknula JČ, Kleinman 1988: 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 (Kleinman 1980:379-380). U svojim vizijama prikladnije kliničke prakse išao je tako daleko da je predvidio da bi kulturna antropologija (odnosno njezina sub-specijalistička 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, kulturne antropologije (ili u hrvatskoj inačici etnologije), 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 usredotočuje 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 drugoga 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 odnosa prema drugom ljudskom biću kao, ako ne biomedicinskim znanjem a ono zajedničkom ljudskošću, ravnopravnom partneru u liječenju. Uz afirmaciju bazične zajedničke ljudskosti kao osnove za ravnopravnijim dijalogom 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, 42-godišnja majka dviju djevojčica razmišljala je o genetskom testiranju na rak dojke kako se približavala dobi u kojoj je njezinoj majci dijagnostičirana ista bolest.¹⁸ Taj je slučaj otvorio niz pitanja: o odnosu rizika i korisnosti genetskog testiranja i o efikasnosti kirurške intervencije. Potom, koji je u ovom slučaju najbolji odnos liječnika prema pacijentu? 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 pronalaženje pravog rješenja. Potrebno je osobno poznavanje žene (odgovara li ona na tu situaciju na način koji je 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 na afektivne domene (koliko 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 holističnom (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.

¹⁸ Nedavno je sličan slučaj Angeline Jolie pobudio 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.

Etnologija i kulturna antropologija bave se pitanjima značenja 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?), njihovoj kontekstualizaciji (u širem kulturnom okruženju) i razumijevanju iz očista istraživanih, uz pomoć lokalnih koncepata (“emski“) i/li iz očista istraživača, uz pomoć znanstvenih koncepata (“etski“) i sl. Ta su pitanja vrlo relevantna za biomedicinsku praksu.

Kulturna antropologija i njezina domaća inačica, etnologija, manje-više je dovršila 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. Stoga sam dojma 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 (holistično) znanje o oboljenju, slušanje priča oboljelih i njihove 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 teško je formulirati. Kulturno-antropološka je disciplina¹⁹ iznimno heterogena, od tridesetih godina 20. stoljeća dolazi do podvajanja između perspektiva bližih znanstvenim pristupima, pozitivizmu, objektivnim i autoritarnim predstavljanjima 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 tradicionalno se 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, poznatijoj pod imenom etnologije, dogodio se donekle usporediv pomak u tematskom fokusu: od proučavanja seoskih zajednica i ruralnih ambijenata i tradicionalnih kulturnih obrazaca (načina gospodarenja, građenja, tradicionalnog odijela, svetkovanja, folklor, glazbe i plesa), etnologija – danas u nas nazvana i kulturna antropologija – orijentirala se na

¹⁹ Etnologija odnosno kulturna antropologija subdiscipline 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. Četveroliska podjela antropologije prevladava u američkim koncepcijama ove znanosti; europske su tradicije drugačije.

istraživanje „bliskih“ domaćih svjetova, urbanih i ruralnih (Gulin Zrnić 2006; Čapo Žmegač et al 2006). Dijapazon tema kojima se bave i domaća i strana kulturna antropologija izrazito je 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 upozoriti na moć i stvarnost kulture u ljudskom iskustvu (Peacock 1986). Kultura je skupini ljudi zajedničko razumijevanje stvarnosti; trajni, ali 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. Kultura 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 jednaki za sve članove skupine; oni se razlikuju zbog dobrih, rodni, 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 kulturni antropolozi, ne može se postići anketiranjem osoba (klasična istraživačka metoda kvantitativno orijentiranih društvenih znanosti, npr. sociologije) nego istraživanjem koje traži izravan, „duboki“ kontakt sa sudionicima kulture i razumijevanje i uvid u njihov svakodnevni život. 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 manje-više slučajno, Bronislaw Malinowski, čuveni britanski antropolog poljskoga podrijetla. Malinowski se u vrijeme Prvoga svjetskog rata zatekao na britanskom (tada za austro-ugarskoga državljanina neprijateljskom) teritoriju u zapadnom Tihom oceanu, gdje je bio zadržan, no omogućeno mu je da obavlja etnografska istraživanja (na Trobrijandskom otočju u Melaneziji). Otada se uvrježilo 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 usamljenoj aktivnosti, svojevrsnom ritualnom novicijatu i ispitu zrelosti kojim se kulturni antropolog prima u stručne kulturnoantropološke redove (Gupta i Ferguson 1997; Forsey 2010)²⁰.

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 istraživanima. Sudioničko promatranje podrazumijeva boravak među istraživanima, izloženost njihovoj svakodnevici pa i sudjelovanje u njihovim dnevnim aktivnostima i njihovo promatranje. Etnografski je zahtjev da

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

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 istraživanim 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, engl. *life story*). Klasične studije drugih u „egzotičnim“ okruženjima privilegirale su vizualne metode istraživanja (promatranje). Metoda „angažiranog i sudjelujućeg“ slušanja u razgovorima s istraživanim 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, ali 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 (distanca), 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 samo-propitivanju kulturnog antropologa temeljiti kulturnoantropološko znanje. Prema spoznajnim zahtjevima (epistemologijama) prve polovine 20. stoljeća, smatralo se da upravo istraživanje prostorno udaljenih i različitih kulturnih svjetova omogućuje stjecanje objektivnog znanja o istraživanim. 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 o subjektivnoj percepciji i interpretaciji. Znanje utemeljeno na takvim navodno objektivnim činjenicama i provjereno sustavnim znanstvenim 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 antropologa²¹. 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 o promatraču, 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“ (engl. *the native's point of view*) ili iskustvu-bliške 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 kojima se koristi (kažemo da se služi od iskustva-

21 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.

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, ali rijetko koji će ih posve zanemariti. Stoga govorimo o istraživanim 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 su-stvaratelji znanja. Kulturnoantropološko znanje je partnersko i kolaborativno, dok pripadnici istraživane zajednice i istraživač „kontinuirano blisko surađuju počam već od inicijalnog definiranja predmeta i ciljeva istraživanja, pa preko prikupljanja građe, načina njezine obrade“ (Ceribašić 2015), a katkada dolazi i do kolektivnog autorstva (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 nije moguće raspravljati u terminima odnosa moći između istraživača i istraživanih. Etnografski 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.

Ključni 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 (istraživanim). 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 dvaju subjekata 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 doima da je interpretativni subjektivistički pomak bolje udomljen u etnologiji i kulturnoj antropologiji nego u zdravstvenoj praksi, 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 diskursa 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 (engl. *chart talk*) uobičajen je izričaj biomedicine. Moćnim autoritativnim monologom liječnik imenuje (dijagnosticira) bolest koja je uzrokovala fizičku disfunkciju i propisuje 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 se njime 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, su-postoje 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“ (engl. *storytelling*) pacijenti su subjekti priče, a njihova bolest se individualizira putem njihovih priča i priča osoblja o njihovu iskustvu: 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 služeći se tim dvama govorima radni terapeuti, a prema mišljenju autorice 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. Ukorijenjujući 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 njegove 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 se oboljeloj osobi holističkim sagledavanjem vraćaju druge dimenzije postojanja: ona se 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 zahtijevao 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. Za „etnografski“ je pristup pacijentu osnovno da se pozornost decentrira od individualne patologije i oboljele osobe prema značenjima unutar kojih osoba priča o svojoj bolesti, iskustvu bolesti i patnje uzrokovane 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 individualizira²², 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).²³ Pacijentove „tužaljke“ (engl. *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 izvornom značenju toga 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 subjektnoj poziciji odnosno u poziciji predmeta (objekta) promatranja i liječenja – u odnosu koji dovodi u pitanje ljudskost pacijenta (Sered i Taborj 1999) – nego mu se vraća ljudskost i dostojanstvo. Dolazi i do dijaloški zasnovana susreta, u kojemu liječnik i oboljela osoba uzajamnim informiranjem, slušanjem i poštovanjem te pregovaranjem pronalaze zajednička rješenja zdravstvenoga problema. Zbog visokostručnoga specifičnoga liječnikova znanja osnaživanje pacijentove 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, i 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

22 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, neodgovarajućom i pretjeranom uporabom tehnologije i sl.). No, u ovom prilogu koji se usredotočuje na „pacijentovu priču“ te opaske ostavljam po strani.

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

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, i ona liječnika i ona 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 primjenjuju različite koncepcije bolesti, i njihova percepcija bolesti je različita. Prihvatanjem relevantnosti pacijentova tipa znanja, a pritom postavljanjem za pacijenta relevantnih pitanja i angažiranim slušanjem 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) uvjerenja su da bi liječnici morali naći vremena za razumijevanje pacijentovih koncepcija bolesti, koje bi ih potom vodile kroz dogovoravanje s pacijentima i donošenje odluke o liječenju. Premda držim da je nužno na taj način humanizirati biomedicinsku praksu, istodobno sam svjesna da je to vrlo teško ostvarivo pogotovo u domaćim uvjetima njezine posvemašnje birokratizacije, u kojima su birokratizacija i vremenska efikasnost važnije od slušanja pacijenta i istinskoga susreta s njime.

Literatura

1. 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.
2. Bukovčan, Tanja. 2010. *Nije za one slabih živaca* – pitanja etičkog i moralnog relativizma u medicinskim etnografijama. *Etnološka tribina* 33: 45-56.
3. Ceribašić, Naila. 2015. Povrh tekstualnog predstavljanja u etnomuzikologiji: Od epistemologije do angažmana i pragme. *Arti musices* 46/2 (u tisku)
4. Čapo Žmegač, Jasna. 2002. *Srijemski Hrvati: Etnološka studija migracije, identifikacije i interakcije*. Zagreb: Durieux.
5. Čapo Žmegač, Jasna. 2009. Dva života i dvije smrti: Prilog antropologiji smrti i umiranja. In: N. Ceribašić i Lj. Marks, ur. *Izazov tradicijske kulture. Svečani zbornik za Zoricu Vitez*. Zagreb: IEF, str. 147-169.
6. Čapo Žmegač, Jasna et al. 2006. *Etnologija bliskoga: Poetika i politika suvremenih terenskih istraživanja*. Zagreb: Jesenski i Turk i Institut za etnologiju i folkloristiku.
7. 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.
8. Forsey, Martin Gerard. 2010. Ethnography as participant listening. *Ethnography* 11(4):558-572.
9. Geertz, Clifford. 1983. 'From the native's point of view': on the nature of anthropological understanding. In: *Local Knowledge. Further Essays in Interpretive Anthropology*. USA: Basic Books, 55-70.

10. Gulin Zrnić, Valentina. 2006. Domaće, vlastito i osobno: autokulturna defamilijarizacija. In J. Čapo Žmegač et al., ur. *Etnologija bliskoga: Poetika i politika suvremenih terenskih istraživanja*. Zagreb: Jesenski i Turklief, 73-95.
11. Gupta, Akhil i James Ferguson. 1997. Discipline and practice: 'the field' as site, method, and location in anthropology. In: A. Gupta i J. Ferguson, ur. *Anthropological Locations. Boundaries and Grounds of a Field Science*. Berkeley: University of California Press, 1-46.
12. 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.
13. Kleinman, Arthur. 1988. *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*. New York: Basic Books.
14. Kleinman, Arthur. 1992. Local Worlds of Suffering: An Interpersonal Focus for Ethnographies of Illness Experience. *Qualitative Health Research* 2 (2): 127-134.
15. 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.
16. Mattingly, Cheryl. 1998. In Search of the Good: Narrative Reasoning in Clinical Practice. *Medical Anthropology Quarterly* 12(3): 273-297.
17. Peacock, James L. 1986. *The Anthropological Lens: Harsh Light, Soft Focus*. Cambridge: Cambridge University Press.
18. Potkonjak, Sanja. 2014. *Teren za etnološke početnike*. Zagreb: FF press i HED.
19. Rabinow, Paul. 1977. *Reflections on Fieldwork in Morocco*. Berkeley: University of California Press.
20. Razsa, 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.
21. 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.
22. Surbone, Antonella i Jerome Lowenstein. 2003. Exploring Asymmetry in the Relationship between Patients and Physicians. *The Journal of Clinical Ethics* 14(3): 183-188.

Korak 2 (trajanje 45 minuta): Nakon što ste pročitali tekst pokušajte odgovoriti na pitanja:

1. Koje su sličnosti, a koje razlike između kliničke prakse i etnografskog terenskog rada?
2. Može li liječnik djelovati poput kulturnog antropologa? Kako i na koji način?
3. Koje su prednosti uključivanja subjektivnosti pacijenta i pacijentove osobne priče o iskustvu bolesti u proces liječenja?
4. Može li se to postići fokusiranjem biomedicinske prakse na pacijenta, pri čemu u razgovoru s pacijentom liječnik piše „etnografiju“ ili naraciju o bolesti?
5. Sprječavaju li birokratizacija i zahtjev za uštedom vremena razvijanje takve prakse?

Korak 3 (trajanje 45 minuta): Studenti se podijele u grupe i od njih se traži da svaka grupa koristeći se naučenim, sastavi moguća pitanja za etnografski intervju nekog pacijenta?

Korak 4 (trajanje 45 minuta): Ovisno o vremenu, pročitati tekst u Prilogu 1

Korak 1 (trajanje 45 minuta): Pažljivo pročitajte tekst *Pacijentova priča i odnos liječnika i pacijenta u svakodnevnoj kliničkoj praksi*.

Pacijentova priča i odnos liječnika i pacijenta u svakodnevnoj kliničkoj praksi

Rudolf Gregurek, Vedran Bilić

U susretu liječnika i bolesnika, bolesnik prezentira svoju priču – naraciju o bolesti, putem koje svjedočimo osobnim značenjima njegove bolesti, ozdravljenja ili još težeg obolijevanja, uspješnih i neuspješnih načina suočavanja s bolešću - unutar šire naracije (priče) njegovog života.

Priče o bolesti pružaju okvir za cjelovito uočavanje bolesnikova problema, a mogu otkriti dijagnostičke i terapijske mogućnosti. Uzimanje povijesti bolesti je potencijalni interpretativni čin; ako razumijemo značenje bolesti za bolesnika, možemo mu prenijeti to razumijevanje prenijeti (tumačiti ga) bolesniku. Središnje mjesto u razumijevanju značenja bolesti ima analiza bolesnikovih priča-naracija (na primjer, u književnoj kritici i sl.).

Pripovijesti nude metodu razrješavanja egzistencijalnih datosti poput unutarnje boli, očaja, nadanja, žalosti, moralnih boli, koje u pravilu prate bolesti, a vjerojatno i sudjeluju u njihovom nastanku. Nažalost, u suvremenoj medicini se tradicija pripovijesti u velikoj dobroj mjeri izgubila i ona treba biti oživljena u učenju i praksi medicine.

(Charion, 2006.)

Odnos liječnika i bolesnika tradicionalno je neravnopravan. Društvo je od davnih vremena stavljalo liječničku profesiju na pijedestal nedodirljivosti, pridajući često liječnicima svemoćne osobine. Takvom doživljaju liječnika pridonosi i regresija oboljelih, koja je nezaobilazni pratilac svih bolesti, a posebno onih koje su povezane s egzistencijalnim strahovima. Ovo je nekim liječnicima davalo narcistički osjećaj grandioznosti u kojem su bolesnike doživljavali na neki način „nižim bićima“. Utjecaj suvremene tehnologije, javna dostupnost niza informacija o bolestima, ali i o liječnicima donekle mijenja tako uspostavljenu neravnotežu u odnosima. Bolesnici postaju sve obrazovaniji i upućeniji u svojim očekivanjima od liječničke profesije. Na kraju, obje strane trebaju jedna drugu kako bi preživjeli, zdravstveno i financijski.

Na tradicionalni odnos liječnika i bolesnika utjecala je i znanstvena paradigma, uobičajeni znanstveni stav, koji je dugo bio dominirajući, odnosno nije ga se ozbiljnije dovodilo u pitanje. Prema toj znanstvenoj paradigmi, bolesti su se razmatrale kao tjelesne (patološke) pojave koje su suštinski odvojene od psiholoških proživljavanja oboljelog.

Odnos liječnika i bolesnika bio je tijekom povijesti uvijek pod jakim utjecajem samih liječnika i njihova uvjerenja o odvojenosti tijela od psihe. Na taj način liječnici su učili svoje bolesnike da ništa niti ne očekuju od svojih liječnika osim tjelesnog pregleda i liječenja. Isto tako, od

samog početka medicinskog studija studenti su bili suočeni jedino s ljudskom bespomoćnošću i anatomskim i patološkim tjelesnim promjenama. Studenti, pa čak iiskusni liječnici, znaju primijetiti da takav način promišljanja vodi u gubitak poštovanja ljudskog digniteta, ali ipak zatamljuju svoje osjećaje i strahove čak i kad su ih svjesni i kad se pokušavaju s njima nositi.

Za razliku od tog stava, narativna medicina ima za cilj istraživati čovjeka ponajprije kao psihičko, ali i kao tjelesno i društveno biće, a glavni terapijski činitelj je terapijska-emocionalna interakcija između liječnika i bolesnika. Uspješnost liječenja ovisi o ozračju povjerenja i povjerljivosti u kojem bolesnik može i želi liječniku razotkriti svoje osjećaje, sjećanja i strahove. Upravo taj specifični odnos liječnika i bolesnika nameće potrebu osvješćivanja i prepoznavanja liječnikovog identiteta, svrhovitosti i etičnosti djelovanja. Identitet liječnika kao zdravstvenog profesionalca određuje način njegova razmišljanja o ljudima; bazične koncepte o osobi i razumijevanju simptoma, njihove etiologije i patologije kroz jasno definiranu znanstvenu koncepciju. Identitet liječnika određuje i svrhu njegova terapijskog djelovanja koja ima za cilj normalizaciju i reparaciju, uz jasno određen etički koncept koji razaznaje bolesnike kao osobe sa zdravstvenim problemima koji zahtijevaju liječenje.

Kad bolesnik i liječnik stupe u kontakt, neizbježno se u oba sudionika tog susreta pokreće niz kulturološki obojenih kognitivnih, afektivnih i motivacijskih reakcija na ovaj osobito osjetljiv odnos. Bolesnik, naravno, očekuje pomoć, razumijevanje, pažnju, posvećenost, znanje i suosjećanje za tegobe i patnje koje proživljava. Ta očekivanja rezultat su dotadašnjih iskustava s liječnicima, ali i općih generalizacija o ulozi liječnika. S druge strane, liječnik ima svoja očekivanja i emocionalna proživljavanja koja se u njemu javljaju kod susreta s bolesnikom.

Već pri prvom susretu s bolesnikom, a pogotovo u daljnjem terapijskom procesu, empatijski kapacitet liječnika ima vrlo važnu ulogu. Empatija liječniku omogućuje da bolje razumije bolesnika, ali ga istovremeno i pogađaju bolesnikove patnje i strahovi, kojima se izložio i prema kojima se emocionalno otvorio. Bolest, pogotovo teška, pokreće u liječniku koji empatijski suosjeća s bolesnikom, intenzivne i raznovrsne strahove. Pojavljuje se tjeskoba od koje se ego brani na različite načine, ovisno o ustrojstvu osobnosti. Neki liječnici razviju, kao i bolesnik, depresivnu reakciju, drugi pokušavaju bolest umanjiti ili je barem djelomično negirati, te bude u bolesniku prekomjernu nadu, treći potiskuju emocionalno, pa žele što manje saznati o bolesnikovim patnjama i usredotočuju se samo na tjelesni nalaz. Iza prividno površnog ili „nehumanog“ odnosa liječnika prema bolesniku često se zapravo kriju strah i osjećaj bespomoćnosti. Nemogućnost uspješne pomoći pogađa liječnikov narcizam, pa ga to dodatno frustrira. Da bi liječnik u odnosu s bolesnikom mogao zauzeti profesionalni stav i adekvatno pomoći bolesniku, potrebno je da bude svjestan svojih kontratransfernih reakcija i da ih uspješno kontrolira i u svakom trenutku testira stvarnost. (Gregurek 2011).

Taj proces prepoznavanja emocionalnih transfernih i kontratransfernih zbivanja u interakcijama s bolesnikom vrlo je zahtjevan, te je liječniku praktičaru, koji se prvenstveno bavi liječenjem somatskih bolesti, a nije psihoterapeut, odnosno nije prošao dugotrajnu izobrazbu iz neke od psihoterapijskih metoda, potrebna pomoć.

Jedna od prihvatljivih i praktičnih metoda pomoći liječnicima je sudjelovanje u Balintovim grupama (Bilić 2009).

Postoje mnogobrojni kanali protoka informacija, odnosno komunikacije, putem kojih ljudi stalno međusobno šalju, ali i primaju različite poruke. Samo dio tih poruka je svjestan, a najveći dio je subliminalan i izvan svjesne kontrole. Ljudi primaju informacije iz okoline svim osjetilima i

zapravo cijelim svojim tijelom (vidom, mirisom, okusom, dodirrom, sluhom) pri čemu je mnoštvo informacija samo nesvjesno percipirano. Pritom niz senzacija ostaje subliminalno i ne doseže svjesni intenzitet, ali ipak sve te senzacije i informacije u većoj ili manjoj mjeri utječu na naše funkcioniranje, reakcije, odluke i odnose. Druga razina prijenosa informacija na socijalnoj razini povezana je sa sustavom privrženosti, međusobnog povezivanja i socijalnih motivacija pri čemu svi ti socijalni sustavi utječu na unutarnju regulaciju ljudske tjelesne ravnoteže i homeostaze. Tako se mogu promatrati promjene metaboličkog sustava koje se, ovisno o utjecaju stresa i međusobnih interakcija, posljedično mogu očitovati na tjelesnoj razini i to porastom staničnog metabolizma i stimulacijom stanica na rast i dijeljenje, a rezultat je treća razina prijenosa informacija na socijalnoj razini (Cozolino 2006).

Kroz cijelu povijest medicine priznaje se jak psihički utjecaj liječnika na bolesnika u procesima ozdravljenja, prije svega u oboljenjima psihogene prirode. Liječenje bolesnika nikada se nije moglo zamisliti bez psihološkog djelovanja, bez obzira je li riječ o somatskoj, somatopsihičkoj ili psihosomatskoj bolesti.

Liječnici, kao i ostali zdravstveni radnici, utječu na ponašanje i funkcioniranje bolesnika, najčešće na nesvjesnoj razini, i zbog toga su ti načini za bolesnika neprepoznatljiviji (Zinn 1990). Posebnost medicine je u tome da često tijekom liječenja stvara ozračje koje doprinosi visokoj subjektivnosti bolesnikovih doživljaja, odnosno iskrivljavanju stvarnosti pod utjecajem situacije liječenja, a zadaća je liječnika da nesvjesne, neprepoznatljive postupke i reakcije bolesnika učiniti jasnima i svjesnima.

Dakle, slušajući bolesnika, liječnik u psihološkoj medicini ne sluša samo njegovu priču nego i osjećaje i biologiju. Slušajući o bolesnikovim smetnjama liječnik saznaje koji biološki putovi su najvjerojatniji pokretači priče. Liječnik prepoznaje načine na koje se bolesnik nastoji obraniti od patnji koji nisu samo rezultat patologije, bolesti, nego također odražavaju djelovanje specifičnih čimbenika koji su pod kontrolom pamćenja, opažanja i iskustava, ali i specifičnih osjećaja. Ti mehanizmi nisu uzrok patologije, nego su posljedice specifičnih neurobioloških procesa koji se zbivaju u mozgu.

Bolesnikov, ali i liječnikov osobni identitet nije jedinstvena tvorevina; on je tvorevina koja može biti podijeljena, pa čak i nestati (nesvjesno), najčešće kratkotrajno ili u duljem razdoblju, a katkad i trajno (Zinn 1988). Osobna obilježja bolesnika ponovno mogu „nastati“ u osobnosti druge osobe, posebice one s kojom je bolesnik u jednom od socijalnih odnosa: ta obilježja mogu biti projicirana na drugu osobu, ali i privremeno ili trajno introjicirana. Tijekom procesa liječenja osobni identitet bolesnika može biti izmijenjen, pa na određeni način čak i podijeljen s identitetom liječnika, ali to se katkad može protegnuti i na bolesnikov život izvan liječenja. Riječ je o složenom psihološkom procesu projektivne identifikacije, u okviru kojeg bolesnik dijelove svojega self-a instalira u psihološkom polju liječnika, kako bi s njima, održavanjem odnosa s liječnikom, ostao u indirektnom kontaktu, dok ih ne uzmogne reintrojekcijom vratiti sebi. U nekim slučajevima je bolesniku potreban trajni kontakt s liječnikom, kako bi ostao u kontaktu sa samim sobom (Ogden).

Bliski odnos bolesnika s liječnikom daje liječniku veliku važnost, ali i mogućnost utjecaja na bolesnikove stavove koji odgovaraju stavovima liječnika, pri čemu se taj proces često događa na nesvjesnoj razini, a smjer mu određuje liječnik, naravno ako i kada spozna i osvijesti ta zbivanja. (Golberg 2000).

Liječenje je u psihološkoj medicini proces uspostave tjelesne i psihološke cjelovitosti i ravnoteže. Zadatak liječenja može se definirati više suportivno – kao usmjeravanje bolesnikove snage na

održavanje nade, motiviranosti, ali istovremeno ga pripremiti i na moguću pojavu osjećaja gubitka, izolacije, osamljenosti, a liječenje može biti i više ekspresivno, koje ima za cilj razumijevanje patnje, boli i zavisti (Morrison 1997). Liječenje je umjetnost i kreativni proces koji uključuje liječnikovo znanje te emocionalnu gorljivost i angažiranost, kao i bolesnikov entuzijazam i aktivnu uključenost u liječenje kao subjekta, a ne samo kao objekta liječenja. Uspješno liječenje, uz strategije za rješavanje tjelesnih problema, uključuje i psihološke strategije za pretvaranje velikih problema u prihvatljive ili čak virtualne.

Osnovne spoznaje o psihološkim proživljavanjima bolesnika, kao i spoznaje o odnosu liječnik – bolesnik, vrlo su važne za cjelokupni medicinski pristup bolesniku. Od liječnika se očekuje da u liječenju iskoristi i poznavanje psihološke medicine, koja je važno terapijsko sredstvo. Odnos bolesnik-liječnik rezultat je međusobnog djelovanja triju dinamičkih sustava koji uključuju bolesnikovu bolest, osobnu reakciju bolesnika na bolest i liječnika te reakciju liječnika na bolesnika i njegovu bolest. Stoga je zadatak liječnika da prati taj odnos i otkloni nastale poremećaje u tim sustavima kako bi terapijski cilj, odnosno uspješno liječenje bolesnika, bio što potpunije postignut (Balint 1964).

U suvremenoj medicini takav pristup bolesniku nije uobičajen i sve je očitije udaljšavanje liječnika od bolesnika, njegovo povlačenje iz izravnog odnosa s drugom osobom, zatvaranje u čisto znanstveni pristup. U takvom se ozračju nameće potreba za edukacijom liječnika koja će mu pomoći u razumijevanju bolesnika i koja će se moći interpolirati među, na prvi pogled, dvije suprotstavljene strane te razriješiti emocionalne (prijenosne i protuprijenosne) probleme koji se pojavljuju u tom odnosu (Engel 1982). Cilj takva pristupa je postići bolje razumijevanje bolesti ne samo kao odsutnosti zdravlja ili skupa svih promjena koje nastaju u stanicama, već upravo obrnuto, na mnogo široj osnovi od stanične.

Temeljni etički pristup u medicini određen je svjesnom, racionalnom odlukom bolesnika koji je sposoban autonomno odlučivati što želi. Bolesnik nužno treba očuvati svoju autonomiju u odlučivanju da prihvati ili ne prihvati terapijske postupke. Ipak, sofisticirana i često zamršena priroda medicine može bolesnika ponekad onemogućiti u donošenju u potpunosti samostalne odluke i prepustiti liječniku mogućnost odlučivanja o određenim postupcima.

No, bolesnik dolazi na liječenje sa svjesnom željom za suradnjom s liječnikom, za izlječenjem, kao i za promjenom dotadašnjeg funkcioniranja. Bolesnik je tijekom terapijskog procesa istovremeno svjesno suradljiv i nesvjesno nesuradljiv (u otporu), što je rezultat njegova unutarnjega, interpersonalnog konflikta između svjesne želje za izlječenjem i promjenom i nesvjesnog otpora promjeni i izlječenju.

Socijalni odnosi su glavna aktivnost putem koje čovjek od najmlađe dobi uči. Socijalnim aktivnostima čovjek većinom nesvjesno internalizira (usvaja) aktivnosti, navike, rječnik i ideje članova zajednice u kojoj živi. Oponašanje (imitacija) je površnija metoda prilagodbe okolini, ona obično ne ostavlja dublje tragove u ličnosti, a podložna je brzim promjenama, ovisno o promjenama okoline. U novoj, drugačijoj okolini nastupa kameleonska imitacija nove okoline, a nestaju dotadašnja ponašanja, koja više nisu oportuna.

S druge pak strane, identifikacija je prilagodba okolini koja zahtijeva dublji odnos s okolinom. Objekt s kojim se osoba identificira treba biti visoko vrednovan, čak idealiziran, a identifikacija nastaje kao obrana i posljedica teško doživljenog gubitka idealiziranog objekta. Identifikacija je proces s dugom poviješću i može se pratiti na odnosu dijete-roditelj, ali i drugim odnosima (profesor-učenik), kao i u evolucijskoj biologiji u kojoj se mogu prepoznati određeni filogenetski

prekursori identifikacije. Identifikacija oblikuje osobu tako da sliči drugoj osobi, odnosno da obilježja druge osobe postanu dio osobe, a ne da ih se doživljava kao tuđe. Identifikacija može biti i patološka ako se pretvori u pretjeranu identifikaciju ili ako se čovjek identificira s lošim ili izgubljenim objektima ili s agresorom.

Imitacija i identifikacija neki su od introjektivnih mehanizama. To su načini učenja koji su tijekom evolucije čovjekova mozga nadvladali sve druge oblike učenja (Iacoboni 2004). Cjelokupni proces razvoja viših mentalnih funkcija razvija se na principu imitacije i identifikacije (Ramachandran 2000).

Razvoj djeteta odvija se u dijadnom odnosu tijekom koga se dijete u procesu imitacije i prilagođavanja usklađuje s aktivnostima svojih roditelja te poprima mnoga njihova obilježja i osobine i internalizira njihovo ponašanje, kao i komunikacijske vještine koje uključuju jezik i govorne sposobnosti. Imitacija i identifikacija osiguravaju temelje socijalnih vrijednosti jedinke, ali i prijenos kulturnih i moralnih vrijednosti društva (Tomasello 1999).

Altruizam, suosjećanje, empatija, lojalnost, poštovanje, humanost, povjerljivost i hrabrost postaju glavna obilježja osobnosti liječnika. Liječnik mora imati sposobnost apsorpiranja, ali i sposobnost uključivanja u boli, nepravde, patnje koje proživljava njegov bolesnik te ga istovremeno ohrabrivati i pružati mu ljubav i nadu. Autentičnim uključivanjem, tj. angažmanom, liječnik afirmira kulturu prihvaćanja različitosti, slabosti, suosjećanja s patnjom i kapacitet za oprost i opraštanje. Temelj dobre medicinske skrbi je stvaranje uspješnog odnosa bolesnik-liječnik. Još od Hipokrata, i poslije Platona, umjetnost liječenja zasnivala se na tim temeljima, a bolesnik se osjećao sigurnim u paternalističkom odnosu s liječnikom. Tijekom višegodišnjeg studija mladi se liječnici toj umjetnosti uče u odnosu sa svojim nastavnicima. Upravo je u tome razlog sporom pomaku s paternalističkog, roditeljskog odnosa prema autonomiji bolesnika i stvaranju ravnopravnog odnosa bolesnik-liječnik.

Medicina je struka koja, za razliku od ostalih suradnih struka često uključenih u medicinski tim, radi s bolesnicima – pacijentima, a ne s klijentima. Pacijent je riječ koja dolazi od latinske riječi „onaj koji pati“, za razliku od riječi klijent koja znači „onaj koji je ovisan“. Zadaća je liječnika, a u tom smislu i komunikacija liječnika s bolesnikom, ne poticati ovisnost već pomoći onome koji pati, dakle pomoći pacijentu da se lakše suoči i nosi sa svojim tegobama (Gregurek 2006).

Komunikacija je složeni fenomen kojim razmjenjujemo misli, osjećaje, potrebe i informacije. Ona nastaje iz potrebe za diferentnim odnosom s drugima. Komunikacija liječnika i bolesnika može biti verbalna i neverbalna, svjesna i nesvjesna, namjerna i nenamjerna, u sebi uključuje sadržaj, proces, odnos kao i sociokulturni aspekt, a rezultat je odnosa između liječnika i bolesnika. Ona je prvenstveno izmjena i prijenos informacija, ali i obostrano obogaćivanje u donošenju zadovoljavajućih odluka, jačanje međusobnog razumijevanja i povjerenja (Bucci 2001).

Proces komunikacije nepravedno se veže za riječi i govor, međutim, često je važnije od riječi vrijeme kada je nešto rečeno, način na koji je izgovoreno, ton glasa, izraz lica, govor tijela, koji mogu u potpunosti promijeniti smisao onoga što je izgovoreno. Komunikacija je zbog toga na neki način proces otkrivanja skrivenih značenja onoga što je izgovoreno, za liječnika ona znači otkrivanje skrivenog smisla bolesnikovih simptoma (Booker 2005).

Istina uvijek ima mnogo lica, može se također reći da ima mnogo istina. Za bolesnika poteškoće proizlaze iz načina kako on uobličuje istinu; kako je organizira, kategorizira i koje joj emocionalno značenje pridaje. Cilj je liječnika u komunikacijskom procesu uskladiti značenje bolesnikove „istine“ s onim što liječnik želi poručiti. Isto vrijedi i za obrnutu komunikaciju, bolesnika i liječnika,

u trenutku kad bolesnik poručuje i definira svoje smetnje i želi ih približiti liječniku (Toombs 1992).

Liječnici, nažalost, nisu rođeni s urođenom sposobnošću komunikacije, ali komunikacija se može naučiti vježbom i ostalim oblicima medicinske edukacije. S druge strane, znanje i vještine komunikacije mogu olakšati stresne situacije kojima su liječnici svakodnevno izloženi, kao što su emocionalna proživljavanja bolesnika, donošenje odgovornih odluka, pripočavanje loših i teških vijesti (Aspergren 1999).

Najjednostavnije se komunikacija može definirati kao proces u kojem se prenosi poruka filtrirana percepcijom, emocijama i prijašnjim iskustvom sudionika. U komunikaciji se služimo riječima, ali svaka riječ u općem smislu može imati različiti smisao za različite ljude. Jezik je osnovni instrument komunikacije. Komunikacija se odvija na nekoliko razina: intrapersonalnoj (našim osobnim iskustvima), interpersonalnoj, grupnoj, organizacijskoj, općedruštvenoj (Marcus 1999).

Način na koji liječnik komunicira s bolesnikom može biti od presudne važnosti za ishod liječenja. To najbolje potvrđuje bolesnikova nesuradnja, nezadovoljstvo ili čak odbijanje liječenja. Istraživanja posljednjih godina upućuju na značenje ne samo psihološkog nego i somatskog uspjeha liječenja vezanog za interakciju liječnik – bolesnik i način njihove međusobne komunikacije. Posebno je upozoreno na povezanost načina komunikacije i anksioznosti, psihičkog stresa i očitovanja simptoma bolesti (Jahng 2005).

U svakom odnosu liječnika i bolesnika bitna je mogućnost komunikacije. Komunikacija je osnovni činitelj za razvijanje primjerenih međuljudskih odnosa koji će rezultirati adekvatnim pristupom bolesniku. Da bi komunikacija bila učinkovita, svi sudionici trebaju razumjeti i osjetiti korist od nje, moraju istovremeno osjetiti i doživjeti da je važno poštovati svaku osobu i pružiti joj dužnu pažnju. U komunikaciji to ponajprije znači slušati drugu osobu i odgovarati na njezina pitanja. S druge strane, ljudski sluh je vrlo selektivan, najbolje čujemo ono što sami govorimo. Dobra je komunikacija jedino ona dvosmjerna ili višesmjerna, ili ona postignuta interakcijom između onoga koji poruku šalje i onoga koji poruku prima te na nju odgovara. Izmjena informacija može se dogoditi jedino onda kad se svatko osjeća vrijednim u smislu onoga što ima reći i ako se svačija riječ prima s istom kvalitetom slušanja. Da bi se moglo uspješno komunicirati, ljudi moraju naučiti tolerirati razlike u samome sebi i od osobe do osobe. Oni moraju razumjeti funkciju određene akcije, odnosno izjavu u sistemu druge osobe i biti sposobni naći odgovarajući element u vlastitom sistemu (Falkum 2001).

Komunikacija liječnika i bolesnika verbalni je i neverbalni proces putem kojeg liječnik prikuplja i dijeli informacije s bolesnikom, a ujedno kreira i razvija terapijski odnos. Tijekom komunikacije se jasno vidi kako odnos bolesnika i liječnika može biti izazovan, zahtjevan i intuitivan da bi se stvorio kvalitetan i efikasan terapijski okvir, a tek kad liječnik u potpunosti razumije individualni kontekst svojega bolesnika, može mu pružiti kvalitetnu pomoć (Coyle 2003).

Zadaće liječnika u uvjetima zadovoljavajuće komunikacije bile bi posvećivanje pune pažnje bolesniku, stvaranje kvalitetnog okruženja koje će očuvati dignitet bolesnika, poticati otvorenost u iznošenju intimnih i povjerljivih informacija, generalno očuvati bolesnikovu dobrobit i poštovati i respektirati bolesnikove bližnje i okolinu. Zadaća bolesnika u kreiranju otvorene, dobro organizirane komunikacije je pripremanje popisa prioriteta, tegoba i pitanja koje želi podijeliti s liječnikom i navesti ih odmah na početku razgovora kako bi liječnik bio svjestan njihova značenja, ako je moguće brižljivo i u potpunosti iznijeti povijest bolesti, definirati mjesto i ulogu obitelji u svom odnosu s liječnikom i navesti osobu iz obitelji ili svoje najbliže okoline koja je uključena u taj odnos (Balint 1957).

Središnji osjećaji koji prate svaku bolest su strah i tjeskoba, a bolesnici su, uostalom kao i svi ljudi, naučili rano u životu da su osjećaji opasni i kako ih pod svaku cijenu treba sakriti. U bolesti ipak dominira tjeskoba i osnovni zadatak liječnika u komunikaciji s bolesnikom nije da otkrije nesvjesne uzroke tjeskobe, već da pomogne bolesniku prevladati tjeskobu i pronaći primjerene mehanizme kako da se s njom nosi. Komunikacija je, dakle, okvir koji omogućuje liječniku da osigura prostor u kojem će bolesnik moći verbalizirati svoje osjećaje i strahove i povezati ih sa smetnjama koje proživljava (Gregurek 1995).

Prvi bolesnikov posjet liječniku presudan je za razvoj njihova cjelokupnog daljnjeg odnosa. Medicinski intervju je kamen temeljac za prikupljanje informacija putem kojih se može postaviti diferencijalna dijagnoza, ali se istovremeno na njemu temelji sav daljnji odnos bolesnika i liječnika. Intervju je prva mogućnost da pacijent s liječnikom podijeli informacije o svojim tegobama i o sebi, a za liječnika je to mogućnost da upozna svojega bolesnika, da bolesnik postane osoba sa svim svojim karakteristikama, a ne samo još jedan medicinski slučaj. Liječnik može razumijevanjem bolesnika, tko je on, kakva ima očekivanja od njega, odrediti i medicinski procijeniti što je za njegova bolesnika najbolje.

Tijekom liječenja bolesnik je u stalnoj promjeni, a liječnik je taj koji ubrzava promjenu predviđanjem, planiranjem i provedbom dijagnostičkih i terapijskih postupaka. Liječnik je taj koji uza svog bolesnika i zajedno s njim prolazi svim fazama terapijskog procesa. Razumijevanje onoga što bolesnik proživljava nemoguće je bez odnosa i međusobne komunikacije. Bitna zadaća liječnika je prepoznavanje kod bolesnika promjena, pozitivnih i negativnih koje se zbivaju tijekom bolesti, a kojih on najvećim dijelom nije svjestan. Proces komunikacije je medij putem kojega se odvija taj prijenos informacija.

Poteškoće u komunikaciji vrlo su često proizvod niza nesvjesnih interakcija koje se zbivaju u odnosu liječnika i bolesnika, a najčešće su povezane s transfernim i kontratransfernim fenomenima. Ujedno, svaka poruka ima i svoju metaporuku koju nije uvijek lako prepoznati. Ti aspekti uključuju osim onoga **što** je rečeno (izgovorena poruka) i način **kako** je nešto rečeno (metaporuka). Metaporuke dolaze i od bolesnika i od liječnika.

Pogreške u komunikaciji mogu nastati kao posljedica nedovoljnog informiranja bolesnika, pogrešaka u stvaranju obostranog razumijevanja, pogrešaka u prepoznavanju neodgovornih bolesnikovih potreba, pogrešaka u prepoznavanju simboličkog značenja bolesti za bolesnika. Često nastaju i zbog uporabe medicinskog žargona, davanja katkad i previše informacija (posebno u emocionalnim situacijama), bolesnikova straha od gubitka kontrole nad svojim reakcijama i gubitka autonomije, kao i bolesnikove pretpostavke da ga se ne razumije ili kad ima osjećaj da ga liječnik ne primjećuje („kao da ne postojim“). Pogreške mogu nastati i iz razloga liječnikova nerazumijevanja u kontekstu njegovog bolesnika i njegovih mogućnosti da se nosi s bolešću („Vi to možete“ ili „i mene boli“). Bolest može imati za bolesnika posebno značenje koje može interferirati s liječenjem, na primjer kad se bolest doživljava kao gubitak ili slabost koja se mora negirati (Balint 1969).

Česte poteškoće u komunikaciju proizlaze i iz činjenice da su liječnici najčešće zaokupljeni patologijom i vide sve crno, jednostrano su usmjereni na negativne strane života, pa posljedično na taj način sagledavaju i bolesnikove simptome.

Pogreške u komunikaciji mogu biti:

1. slučajne – posljedica pogrešne procijene vremena kada je dana ili zatražena određena informacija;
2. sadržajne – posljedica nedostatka ili nedostatnosti informacija;

3. namjerne – posljedica neriješenosti bitnih pitanja;
4. slušatelji – posljedica nedostatka prisutnosti bitnih članova.

Poteškoće u komunikaciji može prouzročiti i bolesnik, jer on katkad ne uočava jasne granice u svom odnosu s liječnikom, isto tako ne može jasno opisati svoje simptome i osjećaje koji su uz njih povezani kao i utjecaj tih osjećaja i strahova na očitovanje simptoma, a često ima poteškoće u verbaliziranju svojih želja.

Te poteškoće u komunikaciji mogu se prevladati liječnikovim poticanjem razgovora o osjećajima povezanim sa simptomima i bolešću, objašnjavanjem da su njegove reakcije uobičajene, očekivane i prihvatljive u tim okolnostima, jačanjem bolesnikova samopouzdanja, usmjeravanjem i ohrabrivanjem njegovih aktivnosti, ali pazeći pritom i vodeći računa o bolesnikovoj autonomiji i individualnosti. Liječnik uvijek treba imati na umu nesvjesne otpore liječenju i ne doživljavati osobno bolesnikove reakcije koje proizlaze iz tih nesvjesnih regresivnih fenomena. Ujedno, liječnik ne bi trebao previše „gurati“ bolesnika pripisujući mu sposobnosti koje ovaj nema, a liječnik ih nesvjesno projicira u bolesnika temeljem svojih kontratransfernih potreba. Te poteškoće proizlaze iz pogrešnih interpretacija uobičajenih životnih situacija jer je i proces liječenja, na kraju, pomoć bolesniku u pronalaženju novih načina suočavanja sa životom i pronalaženje modela kako s tim promjenama živjeti.

Model za prevladavanje poteškoća u komunikaciji i pomoć bolesniku da se suoči s bolešću i liječenjem:

- davanje sugestija (najprikladnije je u onom smjeru u kojem se već bolesnik i sam usudio krenuti).
- davanje pravog smjera.
- pomaganje bolesniku da prihvati poziciju bolesnika.
- oblikovanje zajedničkog dogovora o budućem ponašanju.
- uvježbavanje, zajedno s bolesnikom, situacije koje ga očekuju.
- određivanje zadataka koje bolesnik može slijediti te kontrolirati njegov napredak.

Osnovni načini komuniciranja liječnika i bolesnika su: direktivnost – nedirektivnost; neravnopravnost – partnerstvo; bijeg od komunikacije – prilaženje drugoj osobi; sadržaj komunikacije i informacije

Komunikacija ima bitan utjecaj na zdravlje, a način na koji liječnik komunicira s bolesnikom i njegovom obitelji utječe na ishod liječenja, pri čemu oni mogu imati direktan, neposredan utjecaj na liječenje, primjerice u smanjenju straha i podizanju kvalitete života bolesnika kvalitetnim odnosom liječnika i bolesnika ili indirektno kroz zadovoljstvo njegovom i skrbi, povjerenju u liječnika i sustav zdravstva te utjecanje na bolju suradnju u liječenju ili primjerenije pridržavanje liječenja.

Napetost u komunikaciji može se izraziti neartikuliranim znakovima, a šutnja je često način očitovanja napetosti, ali i otpora, pobune, agresije, straha, anksioznosti, povlačenja, napuštanja komunikacije. Komunikacija ima najprije svoj manifestni sadržaj, ono što se izgovorilo, ali isto tako i interpersonalnu razinu ili stupanj koji se tiče položaja i uloge u tijeku liječenja i, na kraju, komunikacija sadržava nesvjesno značenje onoga što je rečeno u odnosu na druge osobe. Komunikacija uključuje i razumijevanje, odgovor, reakciju i ponovnu reakciju, uključuje dakle mogućnost da svaki sudionik u komunikaciji aktivno sudjeluje u odgovoru, reakciji i razumijevanju drugoga člana. Komunikacija sa svim sudionicima mora biti takva da pobuđuje

povratnu reakciju, a liječnik ima presudnu ulogu u ohrabriranju i stvaranju uvjeta za otvorenu povratnu reakciju kako bi svi sudionici komunikacije dobili što više informacija za uspješnije funkcioniranje.

Bolesnik obavještava svog liječnika ne samo o svojim simptomima i tegobama već i o svojoj obitelji i osobnom okruženju. Tako liječnik stječe bolju sliku o svom bolesniku, o njegovim obiteljskim, socijalnim i profesionalnim poteškoćama koje mogu biti u vezi s aktualnom bolešću. Obavještavanje bolesnika o predviđenim dijagnostičkim postupcima ima također važnu ulogu u komunikaciji. Posebice je mučno vrijeme čekanja rezultata pretraga i može predstavljati problem koji bolesnik katkad ne može sam razriješiti.

Prvi nalazi i dijagnoza mogu biti iznimno uznemirujući za bolesnika, ali i za njegovu obitelj i bližnje. Zbog toga liječniku treba biti prioritet bolesniku dati vremena i prostora da prihvati tu informaciju i da se s njom suživi. Nužno je raspraviti s bolesnikom o svim elementima dijagnoze kako bi se od bolesnika dobila povratna informacija o tome što on podrazumijeva pod dijagnozom koja mu je predložena i koje strahove ona u njemu pobuđuje. Često bolesnici trebaju više od jednog razgovora prije nego li su spremni i sposobni prihvatiti stvarnost. U svakom slučaju, bitno je potanko objasniti, ako je potrebno i više puta, sve moguće dijagnostičke i terapijske mogućnosti te njihove moguće posljedice, posebice kad su u pitanju invazivni postupci (Hodes 1993).

Iznimno je važno identificirati i aktivirati bolesnikove zdrave snage te odrediti i prepoznati koji su fizički, psihički, emocionalni resursi bolesniku na raspolaganju. Ti aspekti, bolesniku često nepoznati, mogu znatno pomoći u procesu liječenja, a uključuju uvremenjenu i uspješnu metodu razrješavanja kriznih situacija, sposobnost osobe da se zaokupi drugim interesima koji će ga odmaknuti od razmišljanja o bolesti i sposobnost relaksacije. Ti resursi mogu umnogome pomoći u bolesti i procesu liječenja. Primjereni oblici komunikacije o svim elementima liječenja mogu biti znatna pomoć bolesniku u konačnom prihvaćanju bolesti.

Dobra komunikacija liječnika i bolesnika omogućit će bolesniku da ispriča sve one sadržaje koje drugim osobama ne bi mogao povjeriti. Na taj način bolesnik se oslobađa onih neugodnih sadržaja koji se nalaze u njegovoj svijesti. No liječnik treba uvijek voditi računa da tijekom razgovora često mogu nastupiti abreakcije ili razdoblja burnih emocionalnih reakcija koje treba oprezno razrješavati i omogućiti bolesniku da na njih odgovori. Liječnik omogućuje bolesniku oslobađanje potisnutih emocija, sumnji, strepnji i unutrašnjih impulsa, koji ga na određeni način muče. Poslije ovakvih povjeravanja redovito dolazi do osjećaja unutrašnjeg olakšanja, psihičkog rasterećenja (Faber 1997).

Prilikom verbalnog savjetovanja liječnik ne smije nikada biti previše aktivan, jer se smatra da konačnu odluku o bitnim i kritičnim problemima bolesnik mora sam donijeti. Tijekom razgovora liječnik podešava edukativni utjecaj liječenja da bi bolesnik prihvatio i sam preuzeo odgovornost za svoje cjelokupno održanje, djelovanje i donošenje odluka. Drugim riječima, liječnik nastoji izbjeći davanje savjeta do kojih bi s vremenom bolesnik morao sam doći. Usmjeravajući bolesnika tijekom liječenja, liječnik ga navodi da sam, vlastitim analiziranjem, razmišljanjem i uviđanjem dođe do nužnih zaključaka. Komplikirane konfliktne situacije – bolesnikova problematika – zahtijevaju od liječnika izvanredno dobro poznavanje kako bi mogao u određenim smjerovima upućivati bolesnikove emocije i način razmišljanja. Time se ističe nužnost da se bolesnik tijekom razrješavanja tegoba aktivno zalaže za mijenjanje vlastitih stavova i izgrađivanje vlastitih odluka te izmjena u djelovanju i ponašanju.

Liječnik uvijek treba biti svjestan toga da, što je bolest teža i opasnija za bolesnika, to više vremena treba posvetiti komunikaciji i informiranju bolesnika o svim aspektima bolesti i

liječenja. Dramatiziranje često više uplaši bolesnike i potiče krizne situacije, ali ni minimaliziranje opasnosti nikako nije prihvatljivo, jer se pokazalo da oba modela dovode do većih problema nego li što mogu pomoći (Branch 1993).

Za svakog je liječnika središnji cilj ugodna komunikacija i dobar odnos s bolesnikom. Liječniku je osnovni zadatak razumjeti bolesnikov strah, tjeskobu, socijalnu situaciju, a isto tako i razumjeti svoje vlastite motive, stavove, pa i osjećaje koji katkad mogu biti povezani s bespomoćnošću. Stalan napredak tehnologije, znanosti, vremena kao i pritisak potrebe za uspjehom ostavlja malo prostora za neposredan odnos i komunikaciju s bolesnikom. Na kraju, bolesnici često doživljavaju medicinske usluge kvalitetnima, a nezadovoljni su kvalitetom komunikacije i emocionalne podrške od svojih liječnika.

Liječnici danas često imaju doživljaj nedostatka vremena za sve aspekte komunikacije. Svakodnevna iskustva i istraživanja pokazala su da bolesnici koji su dobro informirani o svojoj bolesti, znatno bolje sudjeluju u liječenju, manje su anksiozni, bolje i primjerenije i savjesnije se pripremaju za terapijske postupke. Ovo je posebno važno za kirurške postupke, kemoterapiju, radioterapiju, kao i za ostale invazivne dijagnostičke i terapijske postupke, pri čemu njihova invazivnost nikako ne smije biti umanjivana. Invazivni postupci zahtijevaju bolesnikovu i fizičku i psihološku pripremljenost, snažne adaptivne mehanizme te je nužno da bolesnik bude u potpunosti obaviješten i spreman suočiti se sa svim opasnostima i mogućim nuspojavama.

Poteškoće u komunikaciji mogu proizaći i iz samog odnosa liječnika i bolesnika, koji svojim karakteristikama pogoduje razvoju infantilne ovisnosti bolesnika o svom liječniku. Takva ovisnost dolazi osobito do izražaja u situacijama u kojima bolesnik doživljava liječnika kao autoritet koji vodi terapijski proces, ali i njegov život. Kadšto se u bolesnika može zapaziti čak i tjelesno razbolijevanje radi dokazivanja svoje bespomoćnosti, što je rezultat straha od gubljenja protektivne situacije odnosa u kojem se bolesnik osjećao sigurno i zaštićeno. Drugi oblik reakcije na strah od gubitka osjećaja terapijske sigurnosti očituje se kao ekscesivna *acting out* reakcija, osobito agresivna reakcija. U tim relacijama, zbog potrebe za održavanjem pozitivnog transfera, može doći do razvoja veće pasivnosti bolesnika koja može katkad zaostati i nakon prekida terapije. Bolesnik zadržava uvjerenje da mu je pomoć liječnika, autoriteta, uvijek dostupna, pri čemu on može zadržati svoju pasivnu poziciju.

Svaki liječnik treba ostati skroman pred sobom i točno prosuditi svoje snage i mogućnosti u odnosu na osobnost bolesnika, njegove poteškoće i njegovu osobnost. Osobito je važno da liječnik bude svjestan svojih „slijepih pjega“, ograničenja vezanih za njegovu osobnost, a također mora biti svjestan svojih edukacijskih razina i ograničenja. U tom kontekstu je poznavanje vlastitih kontratransfernih ograničenja bitna pretpostavka u sprečavanju negativnih terapijskih situacija (Gregurek 2007).

Za bolesnika, liječnik već sam po sebi predstavlja lijek. O farmakologiji tog lijeka zna se, nažalost, još uvijek premalo. Svaka bolest u čovjeku pojačava osjećaj vlastite slabosti i bolesnik se prvo mora suočiti s vlastitom slabošću i prihvatiti pomoć druge osobe. Tada se bolesnik želi na nekoga osloniti, njemu trebaju riječi utjehe i samopouzdanja. Svaki susret s liječnikom, svaka njegova gesta, a napose svaka njegova riječ, već je svjesna ili nesvjesna psihoterapija. Upravo s tim u vezi moramo imati na umu prvo terapijsko načelo: ne škoditi. Riječi su kao oštar kirurški nož, dragocjeno, ali vrlo opasno oružje ako se neadekvatno upotrebljava.

Trebamo znati slušati bolesnika jer osim potrebe za saznanjem elemenata za postavljanjem dijagnoze, moramo zapaziti i ono što Balint (1964.) zove bolesnikovom „porukom“. Bolesnik nas uvijek nesvjesno želi upozoriti na neke svoje bitne probleme koji katkad i nisu vezani za osnovnu

bolest. Postoje u bolesnikovu pričanju dvije poruke: jedna potječe od bolesnog organa, a druga od cijele osobnosti. Prva je razmjerno jednostavna, naime, možemo je nazvati jednostavnom jer se služi nedvosmislenim jezikom koji jasno definiraju naši udžbenici. Druga je zamršenija, ona je maskirana i takoreći šifrirana. Te dvije poruke teku simultano, a Freud (1958.) nas je naučio razumijevati njihovu superpoziciju.

Potrebno je razumjeti „egzistencijalnu situaciju bolesnika“ i značenje njegove bolesti u određenoj situaciji. Za takvo razumijevanje bolesti treba imati vremena, znati slušati i razumjeti sve razine poruka koje nam bolesnik pokušava uputiti. Vrijeme je danas istovremeno i psihološki i ekonomski faktor. Liječnici često, zbog velikog broja bolesnika, ne mogu saslušati bolesnika kako bi on to želio. Moderna medicina svojom tehnologijom udaljava bolesnika od medicinara, bilo liječnika ili sestre, ali nužno je zadržati onaj neposredni kontakt bolesne osobe i osobe koja joj želi pomoći. Između njih nema posrednika, monitora, zaštitnih maski, svih onih naprava koje smo izumili u svrhu pomoći bolesniku, a koje su nas zapravo od njega udaljile.

Tijekom rada s bolesnicima možemo zapaziti nešto vrijedno, nešto što smo možda i zanemarivali, a to je onaj trenutak kada bolesnik nije više samo bolesna osoba koja stoji nasuprot liječniku već su to dvije osobe koje stoje jedna nasuprot druge. U životu svatko igra neku ulogu i to stvara funkcionalne odnose. Osobnim odnosima možemo nazvati one u kojima dvije osobe ne stoje jedna nasuprot druge kao bolesnik i liječnik, već kao osobe. Takav odnos je i razumljiv ako znamo da se ne može glumiti danima, tjednima, odnosno onoliko koliko bolesnik ostaje u bolnici. Liječnici postaju ono što jesu, osobe kakve su u svakodnevnom životu, a takav odnos daje bolesnicima osjećaj da postoje, da su i oni ljudska bića, a ne samo broj ili bolesni organ.

Balint (1969.) kaže liječnicima: „Vi neprestano postavljate pitanja, na taj način ne dobivate ništa drugo osim znanstvenog dosjea. Pustite jednom ljude da sami govore, pustite ih da vam neusiljeno pričaju, ako je potrebno i satima. Svoje vam životne potrebe mogu razložiti jedino oni sami.“ To je onaj neposredni kontakt kada se gubi distanca između osoba, kada silazimo sa svog znanstvenog pijedestala da bismo opet postali čovječnima. Da bismo to postigli, moramo u sebi prepoznati ograničenja koja posjedujemo, moramo postati svjesni da i sami sprečavamo uspostavu kontakta.

Znanstveno je držanje ponašanje učenjaka, pri čemu ne dolazi do uzajamnog odnosa: na jednoj je strani znalac, a na drugoj neznalica. Mi smo u nesimetričnom položaju, mi smo ti koji znamo i koji naređujemo, a bolesnik je taj koji mora slušati. Na taj način ne ostvaruje se doživljaj dubokog spontanog razumijevanja i povezanosti (bolesnika i doktora). Do njega može doći samo ako se uspijemo osloboditi svog oholog mišljenja da znamo više od bolesnika. Što se tiče patologije, moramo znati više od njega, ali kada je riječ o njegovoj bolesti, on zna više od nas.

Dakle, naš je zadatak da izađemo iz okvira čisto znanstvenog razmišljanja. To, dakako, ne znači da više ne bismo trebali biti znanstvenici, dapače. No moramo shvatiti da medicina nije samo znanost.

Literatura

1. Aspegren K. Teaching and learning communication skills in medicine: a review with quality grading of articles. *Medical Teacher*, 1999; 21: 366-378.
2. Balint E. The possibilities of patient-centred medicine. *J Roy Coll Gen Pract.* 1969; 17: 269–276.
3. Balint M, Balint E, Gosling R, Hildebrand A. A study on doctor. London: Tavistock Publications; 1966.

4. Balint M. *The Doctor, His Patient and the Illness*. London: Pitman, 1957.
5. Balint M. *The doctor, his patients and the illness*. 2nd edition, London: Pitman Medical; 1964.
6. Bilić V. Balintove grupe. *Medix* 2009, XV (83): 164-168.
7. Booker R. Effective communication with the patient. *European Respiratory Review*, 2005; 14: 93–96.
8. Branch WT, Pels RJ, Lawrence R, Arky R. Becoming a doctor: critical-incident reports from third-year medical studies. *New England Journal of Medicine*, 1993; 329: 1130-1132.
9. Bucci W. Pathways of emotional communication. *Psychoanalytic Inquiry*, 2001; 20: 40-70.
10. Charon R. *Narrative Medicine: Honoring the stories of illness*. Oxford: Oxford University Press, 2006.
11. Coyle N, Sculco L. Communication and the Patient/Physician Relationship: A Phenomenological Inquiry. *The Journal of Supportive Oncology*, 2003; 1: 206–215.
12. Cozolino, L. *The neuroscience of human relationships: attachment and the developing social brain*. New York: Norton & Co., 2006.
13. Engel GL. The biopsychosocial model and medical education. *N Engl J Med* 1982;306:802-5.
14. Faber N. Love, boundaries and the patient-physician relationship. *Archives of Internal Medicine*, 1997; 157: 2291-2294.
15. Falkum E, Forde R. Paternalism, patient autonomy, and moral deliberation in the physician-patient relationship. Attitudes among Norwegian physicians. *Soc Sci Med*, 2001; 52:239-248.
16. Freud S. (1912) Recommendations to physicians practicing psychoanalysis. Standard Edition, London: Hogarth Press, 1953.
17. Freud S. (1912). The dynamics of transference. In the Standard edition of the complete works of Sigmund Freud. Vol. 12 (ed. J. Strachey). pp 97–108. London: Hogarth Press; 1958
18. Goldberg PE. The physician-patient relationship. *Arh Fam Med*, 2000; 9: 1164-1168.
19. Gregurek R, Ladika, I. Transferni i kontratransferni problemi u liječenju bolesnika transplantacijom koštane srži. *Liječ Vjesn* 1995; 117: 2- 8.
20. Gregurek R. *Suradna i konzultativna psihijatrija*. Zagreb: Školska knjiga, 2006.
21. Gregurek R. Internal and External Boundaries of Supervision. *Group Analysis* 2007; 40: 167-177.
22. Gregurek, R. *Psihološka medicina*, Medicinska naklada, Zagreb, 2011.
23. Hodes M, Moorey S. *Psychological treatment in disease and illness*. London: Gaskell and the Society for Psychosomatic Research. 1993.
24. Hughes P, Kerr I. Transference and Countertransference in Communication Between Doctor and Patient. *Advances in Psychiatric Treatment* 6; 57-64, 2000.
25. Iacoboni M., „Understanding others: imitation, language, empathy“ In: *Perspectives on imitation: from cognitive neuroscience to social science*, Hurley, S., and Chater, N. (Eds), Cambridge, MA: MIT Press, 2004.
26. Jahng KH, Martin LR, Golin CE, DiMatteo MR. Preferences for medical collaboration: patient-physician congruence and patient outcomes. *Patient Educ Couns*. 2005; 57: 308-314.
27. Marcus ER. Psychodynamic social science and medical education. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 1999; 8: 191-194.
28. Morrison J. *When psychological problems mask medical disorders: a guide for psychotherapists*. New York: The Guilford Press, 1997.
29. Ogden T.H. *Projective identification and psychotherapeutic technique*. Jason Aronson, London, 1991.

30. Ramachandran, VS. Mirror neurons and imitation learning as the driving force behind „the great leap forward“ in human evolution. The Edge <http://www.edge.org/documents/archive/edge69.html>
31. Tomasello, M. The cultural origins of modern cognition. Cambridge; MA: Harvard University Press, 1999.
32. Toombs SK. The Meaning of Illness. A Phenomenological Account of the Different Perspectives of Physician and Patient. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1992.
33. Zinn W. Doctors have feelings too. JAMA, 1988; 259: 3296-3298.
34. Zinn W. Transference phenomena in medical practice: being whom the patient needs. Ann Intern Med, 1990; 113: 293-298.

Korak 2 (trajanje 45 minuta) Nakon što ste pročitali tekst pokušajte u grupi raspraviti i pronaći odgovore na sljedeća pitanja:

1. Kakav je odnos liječnika i bolesnika bio tijekom povijesti, a kakav je danas?
2. Jesu li liječnici prije više komunicirali sa svojim bolesnicima, pozornije slušali njihove priče?
3. Što je to narativna medicina i koja je njezina važnost za odnos liječnik – bolesnik?
4. Što sve liječnik sluša kada sluša bolesnikovu priču?
5. Koje su karakteristike komunikacije između liječnika i bolesnika?
6. Koje su moguće pogreške u komunikaciji liječnika i bolesnika?
7. Kako prevladati poteškoće u komunikaciji liječnika i bolesnika?

Korak 3 (trajanje 135 minuta) Svaki student treba ukratko opisati jedan slučaj koji je vidio na praksi u nekoj liječničkoj ordinaciji i analizirati ga postavljajući pitanja iz koraka 2. Nakon toga slijedi razgovor o primjerima.

Narativna etika

Ana Borovečki, Marko Ćurković

„Slušajući priče o opakim pomajkama, izgubljenoj djeci, dobrim no obmanutim kraljevima, vukovima koji doje blizance, najmlađim sinovima koji nisu primili nikakvo nasljedstvo, a moraju ostvariti vlastiti životni put i najstarijim sinovima koji svoje nasljedstvo rasipaju na raskalašeni život i odlaze u progonstvo živjeti sa svinjama – djeca uče (ili ne uče) o tome što znači biti dijete i roditelj, koju postavu likova mogu očekivati u drami u kojoj su rođeni te koji su mogući putevi svijeta“.

Alasdair MacIntyre

Priče imaju središnje mjesto u ljudskom životu i društvima. One nisu samo blijedi odraz stvarnih događaja u izvanjskome svijetu nego ih se može shvatiti kao svojevrsni performans – one djeluju na svijetu i u njemu na način da pojedine stvari čine istinitima. Može se reći kako „sami sebi pričamo priče kako bismo živjeli“ te kako upravo „priče čine zemlju nastanjivom ljudskim bićima“. Priče pokušavaju složeni i zbunjujući svijet pretvoriti u onaj u kojemu ljudska bića mogu živjeti i ostvariti vlastitu svrhu. Drugim riječima, „vrijednost priča je u tome što one pružaju dovoljno jasnoće a da ne iznevjere složenost života“.

U kasnom modernom društvu, bez sveprihvaćenih tradicija i vrijednosti koje bi oblikovale naše identitete, konstrukcija *self-a* (*self* – *sebstvo*) središte je cjelokupnog iskustva ljudskog bića, ono koje proizlazi iz tjelesnog i duševnog ustroja) postaje refleksivan poduhvat, u kojemu ljudi aktivno oblikuju vlastite identitete suočeni s novim društvenim običajima, te zauzvrat, u sklopu istog tog procesa, mijenjaju te običaje. Stvaranje vlastitog identiteta time postaje svojevrsan „biografski projekt“ u kojemu osobe na refleksivan način stvaraju priču o sebi. Upravo kroz tu međugru zamršenih priča ljudi stvaraju vlastito poimanje sebe, što dovodi do zaključka kako je pojam identiteta postao podčinjen pojmu priče. No upravo neodređenost priča – to da su ujedno odabrane i nametnute, da prenose i zastiru informaciju, da ih možemo pripovijedati kako i kome želimo, a one time prestaju biti pod našom kontrolom – daje tim pričama moć da djeluju u svijetu.

Imajući to na umu, etiku možemo promatrati kao disciplinu koja nastaje susretom dvaju ili više narativnih bića, nju sačinjavaju priče i unutar nje se komunicira/odnosi pričama, te ona, na kraju, stvara priče koje potom djeluju u svijetu. Etika je, u neku ruku, „trajno upućena na pripovijedanje zbog nužnosti stalnog posredovanja između jest i trebalo bi, pravila i slučaja“. U tome smislu, pričama je svojstveno da one „stvaraju neprilike“. Naime, skloni smo pripovijedati (ili slušati) priče u kojima je svakodnevni život narušen, tako da stvara određene poteškoće uključenim osobama. Može se reći kako priče, barem one vrijedne pripovijedanja, prikazuju dramatičnu situaciju u kojoj je određena osoba ogoljena do svoje suštinske moralne prirode. Nadalje, priče nam prikazuju što znači biti osoba određenih moralnih karakteristika, kako se postaje takvom osobom te kako će se osoba određenih moralnih karakteristika ponašati kad je suočena sa središnjim i odlučujućim izazovom. Vrijedi imati na umu kako je već razmišljanje

o pričama zauzimanje određenog etičkog gledišta, jer je već slušanje priče, ulazak u dijalog s pripovjedačem, odluka da se otvorimo drugačijim pogledima na život.

Narativna etika istražuje područje u kojem se susreću priče i pripovijedanje, te moralne vrijednosti. Ovaj termin može imati četiri tumačenja:

1. etika pisanja/stvaranja,
2. etika pričanja,
3. etika čitanja/recepcije,
4. etika ispričanog.

Narativna etika kao etika pisanja/stvaranja

Vezana je za eksterna pitanja teksta, uz stvarne autore teksta, režisere filmova i druge sudionike u procesu stvaranja. Bavi se sljedećim pitanjima:

- Kakve etičke obveze ima autor teksta prema osobama čije memoare piše?
- Kakve su etičke obveze režisera prema autoru romana koji adaptira za film?
- Koja su etička pitanja vezana uz činjenicu da smo se odlučili ispričati jednu vrstu priče naspram druge?
- Koja se etička pitanja pojavljaju kad imamo autora koji živi u represivnom režimu i odbija o tome pisati?
- Pomaže li nam pisanje priča o našem vlastitom životu u nastojanju da postanemo boljim osobama (autobiografije, memoari)?

Narativna etika kao etika pričanja

Vezana je za pitanja teksta – interna pitanja vezana s autorom, pripovjedačem, publikom.

Bavi se sljedećim pitanjima:

- Koja je etička odgovornost (ako postoji) pripovjedača prema publici?
- Koje su etičke dimenzije tehnika naracije?
- Kako te primijenjene tehnike impliciraju i prenose odnose (autora, pripovjedača) prema tekstu (događaji, likovi) i publici ?

Narativna etika kao etika čitanja/recepcije

Razmišljanja o ovom pitanju nalazimo već kod starogrčkih filozofa. Tako će Platon u „Državi“ reći da je poezija dva puta udaljena od istine jer imitira objekte stvarnoga svijeta koji su sami imitacije ideja. U dijalogu „Ion“ Platon će ustvrditi da je poezija etički inherentno deficijentna jer utječe na emocije, a ne na razum publike te ih dovodi u zabludu o tome što je dobro.

Aristotel će na tragediju gledati kao na književno djelo čijim gledanjem gledatelj doživljava katarzu (pročišćenje), a iz propasti likova zbog pogrešne procjene, a ne dubokih moralnih propusta i mana možemo puno naučiti.

Kasnije u tradiciji *bildungs* romana (roman o odgoju, roman o odrastanju) možemo govoriti o književnosti koja kroz romane opisuje nečiji razvoj kao osobe, te možemo povući paralele i uzeti pouke za naš osobni razvoj, pa i u moralnome smislu.

Narativna etika bavi se i pitanjima vezanim za etičke dimenzije čitanja i recepcije nekog djela te pokušava odgovoriti na sljedeća pitanja:

- Koje su etičke obveze publike prema nekome djelu i njegovu autoru?
- Pomaže li mi čitanje neke priče u nastojanju da postanem boljom osobom?

Narativna etika kao etika ispričanog

S aspekta književnosti ovdje pokušavamo odgovoriti na sljedeća pitanja:

- Koje su etičke dimenzije likova u priči - konflikti vrijednosti s kojima su suočeni i životni izbori?
- Koje su etičke dimenzije interakcije pojedinog lika s ostalim likovima?
- Kako zaplet pokazuje stajalište onoga koji priča o likovima u priči?

Narativna etika podrazumijeva da ako nekoga upitate što znači činiti dobro, većina ljudi prvo će iznijeti različite apstraktne pojmove, od kojih svaki zahtijeva daljnje apstraktne pojmove kako bi bio definiran. Ako ustrajete na razjašnjavanju što takvi apstraktni pojmovi zapravo znače, naposljetku će vam ta osoba ispričati priču očekujući od vas da u toj priči prepoznate dobro. Nadalje, narativna etika poštuje priču kao osnovnu formu reprezentacije moralnog problema: poznavanje razloga zašto je pojedina situacija nastala, govori nešto o tome kako joj se treba pristupiti, koje i kakve odluke treba donijeti, koja i kakva djela provesti te time na sveobuhvatniji način obuhvaća određene etičke probleme. Takav pristup etici nastaje iz situacije te ima korijene u stvarnim iskustvima onih kojih će se ticati odluke koje moramo donijeti. Osim toga, narativna etika prepoznaje kako su pojedini događaji uronjeni u ukupnu životnu priču osoba (engl. *total life narrative*). Naime, pojedini događaji nisu izdvojeni od onoga što se osobi događa u životu, nego su dio priče u stalnome nastajanju. Moralne odluke koje donosimo, kao i svake druge odluke, dio su pokušaja življenja koje ima svrhu, smisao, cjelovitost i značenje.

Dok se ostali pristupi etici najčešće usredotočuju na pitanje *što činiti?*, narativna etika se usredotočuje na pitanje *kako smo došli ovdje?* U tome smislu može se govoriti o promjeni od „*kako*“ pristupa moralnome mišljenju, prema „*zašto*“ pristupu, ili, drugim riječima, od etike usmjerene donošenju odluka, prema etici odnosa. Narativna etika tiče se u isti mah priče koja je na kraju ispričana, kao i načina nastajanja i pripovijedanja te priče. Drugim riječima, ono **rečeno** (engl. *Said*) i **izrečeno** (engl. *Saying*).

Ovakav pristup je bitan i za medicinu i za medicinsku etiku. To je pristup koji primjenjujemo i za analizu pacijentove priče. Prisutan je u analizi etičkog slučaja. Pristup je važan za analizu svih interakcija između liječnika, ostalog zdravstvenog osoblja, pacijenata i njihovih obitelji.

Narativna etika u medicini

Unazad tridesetak godina, prevladavajući teorijski okvir pristupa etičkim problemima u medicini postala je (bio)etika utemeljena na principima/načelima (engl. *principlism*): autonomije, neškodljivosti, dobročinstva i pravednosti. Određena ograničenja tog pristupa postaju sve

izraženija unatoč nesumnjivoj važnosti, a u prilog koje najviše govori razina njegove gotovo sveopće prihvaćenosti. Naime, osim pojedinih filozofskih poteškoća, primjerice utvrđivanje kriterija primjene pojedinih načela ili poteškoća razrješenja sukoba među pojedinim načelima („moralna složenost života posljedica je nesumjerljivosti vrijednosti među kojima moramo birati“), smatra se kako se tim pristupom ne pridaje dovoljno važnosti (medicinskoj) svakodnevicu i stvarnosti („naša moralna uvjerenja obično su u srazu s okolnostima u kojima ih treba primijeniti“). Zapravo, ostaje nejasno koliko je doista etika (i koliko ona to zapravo može biti) utemeljena na razumnom rasuđivanju, a koliko na emocijama. Tu možemo primijeniti metaforu čovjeka koji jaše slona: s vremena na vrijeme čovjek može upravljati slonom, no većinu vremena slon ide tamo gdje želi ići. Smatra se kako je u etici rasuđivanje u većini slučajeva razumno nakon činjenice da je slon otišao tamo gdje je želio otići. Naime, ljudi često odabiru brzo i instinktivno, tek se poslije, u slučaju potrebe, vraćaju kako bi određene izbore „ispunili razumom“. Nadalje, s obzirom na to da su stvarne životne situacije složena tvorba osobnih vjerovanja, iskustava, neposrednih okolnosti, prošlih i budućih odnosa, želja, postoji potreba za etikom koja se može nositi s dvoznačnostima i neodređenostima. Smatra se kako narativan pristup pospješuje pouzdanost medicinske etike, to jest može poboljšati etička promišljanja na različite načine: u prepoznavanju pojedinih etičkih problema, pismenoj ili usmenoj formulaciji etičkog problema, interpretaciji etičkog slučaja te odabiru i validaciji odabrane interpretacije kao najrazumnije i razboritije među alternativama drugih dostupnih interpretacija.

Danas narativnu etiku primjenjujemo kao dio analize etičkih problema u medicini, jer se o etici u medicini uči analizirajući narativnu pozadinu nekog etičkog problema. Svatko priči o pojedinom pacijentu i njegovu životu pristupa na drugačiji način, s drugačijeg kuta gledanja. Tako vrijednosne sustave susrećemo u kontekstu nekog etičkog problema s kojim se susrećemo tijekom liječenja nekog pacijenta. Pacijentove vrijednosti, liječnikove vrijednosti, vrijednosti pacijentove obitelji bit će nam prikazane na različite načine u trenutku kad upitamo pojedinog sudionika da nam ispriča kako on vidi etički problem koji je nastao. U rješavanju etičkog problema znatno će nam pomoći kontekst u kojem je problem nastao kao i kontekst života koji opisuju pacijentove vrijednosti. Kazuistički pristup, to jest pristup analize pojedinog slučaja pri kojem ćemo se koristiti interpretativnim i narativnim tehnikama otvara nove mogućnosti razumijevanja nekog etičkog problema i donošenja odluke pri njegovu rješavanju koja će biti na zadovoljstvo svih uključenih strana.

Narativno etički pristup nam osim za rješavanje nekog etičkog problema, može poslužiti i kao vrsta moralne edukacije. U edukaciji studenata medicine i liječnika često se koristimo stvarnim ili izmišljenim slučajevima u kojima se pojavljuju etički problemi. Tako nastojimo studente medicine i liječnike pripremiti na moguće situacije u kojima bi se mogle pojaviti etičke dileme te im pomoći u njihovu rješavanju. Zašto?

1. Svaka je moralna situacija neponovljiva i njezino se značenje ne može shvatiti niti sažeti pozivajući se na zakon i univerzalne principe..

Pažljivim čitanjem ili slušanjem priča možemo prepoznati ono što je važno onome tko ih pripovijeda, jedinstvenoj i neponovljivoj osobi, koja živi u okvirima vlastita moralnog svijeta, a koja je sada suočena s teškim izborom. Nadalje, bolest možemo shvatiti kao gubitak cjelovitosti životne priče (grč. *peripeteia* ili iznenadni obrat očekivanja, prema Aristotelu). Vrijedi imati na umu kako je iskreno slušanje bolesnikova iskustva bolesti („empatično svjedočenje“) ujedno moralni i terapijski čin: egzistencijalno opredjeljenje bivanja s bolesnom osobom, pospješivanje stvaranja njegove ili njezine priče o bolesti, ponovna uspostava cjelovitosti životne priče kao i pružanje vrijednosti tome iskustvu.

2. U svakoj zdravstvenoj situaciji odluke se donose na osnovi pacijentove životne priče i one se analiziraju na osnovi „narativnog ekvilibrijuma“.

Kako bismo mogli razumjeti značenje života drugih ljudi, a time i njihove izbore i odluke, moramo razvijati narativne vještine/kompetencije. Narativne vještine omogućuju nam da spoznamo, putem priče, topografiju vrijednosnih mapa drugih ljudi (vrijednosnu mapu ili „smisaono sidrište“, engl. *mattering map*, čini zbroj priča koje pojedincu omogućuju stvaranje smisla u vlastitom životu). Nadalje, s pomoću ispričanih priča mi učimo kako istražiti moralne svjetove drugih ljudi. Navedeno zahtijeva od liječnika visoki stupanj refleksivnosti te predanost poštovanju osnovnog „nepoznavanja drugoga“.

3. Cilj analize nekog slučaja nije nužno ujediniti sva moralna gledišta nego otvoriti dijalog i istražiti napetosti između osobnih želja pojedinca i vrijednosti koje dijelimo kao zajednica.

U idealnome slučaju narativna etika daje prednost bolesnikovoj priči, ali istodobno ona omogućuje da se čuje više priča, to jest da se uključe priče svih onih osoba koje će biti uključene u razrješenje pojedinog slučaja ili kojih će se razrješenje toga slučaja ticati („Junak priče nije uvijek, ili čak obično nije, najglasniji glas u sobi“). Taj takozvani „dijaloški zbor“ (engl. *dialogical chorus*) omogućuje poštovanje svih pojedinaca uključenih u slučaj. Bitno je imati na umu kako u narativno etičkom pristupu razrješenje pojedinog etičkog slučaja ima značenje slično onome u glazbi: napredovanje/odmicanje od disonance prema konsonanci. Dobar je kraj (koji je često izrazito teško postići iz svakodnevne perspektive) onaj koji omogućuje stvaranje zadovoljavajuće konsonance s obzirom na podrijetlo i središte priče pokazujući poštovanje prema stvarima kakve zapravo jesu.

Pri ovom tipu edukacije treba voditi računa o činjenici da su etički slučajevi uvijek usmjereni na likove i na priču te je potrebno i jedno i drugo prikazati na prikladan način. Još je jedno ovdje nedvojbeno – činjenica da izmišljeni slučaj nikada neće biti tako dobar kao stvarana životna situacija.

Ove dvije primjene narativnog pristupa etici u medicini počivaju na Aristotelovom pogledu na ljudsku moralnost. On razlikuje fisis – kvalitete s kojima se rađamo, od ethosa – karaktera koji razvijamo tijekom života na osnovi odluka koje donosimo.

Književnost kao oblik liječenja

Osim narativne etike ovdje treba napomenuti da se književnost u medicini primjenjuje i u obliku raznih terapijskih postupaka kojima se često koristimo u psihijatriji. Primjerice, biblioterapija je liječenje knjigama, odnosno terapija čitanjem. Ona smiruje osobu, ublažava stres u ljudi, smanjuje i napetost. Svrha i cilj biblioterapije je da potiče promjene u ponašanju osobe nabolje, posebice kada se osoba nalazi u prijelomnoj ili teškoj životnoj situaciji. Knjige svojim sadržajem, koji su prepoznati kao dobri i korisni za osobu koja čita, potiču u te osobe razvoj osobnosti, rad na sebi i svojoj emocionalnoj zrelosti. Usto, djeluju i na osobnu izgradnju u socijalnom pogledu jer osobu čine tolerantnijom, otvorenijom i spremnijom za komunikaciju s drugim ljudima.

U nekim psihoterapijskim postupcima koristimo se i pisanjem pisama osobama iz našeg života. Time pacijenta potičemo da iskreno i bez zadržke izrazi sve što želi ili je želio reći tim osobama ne bismo li na taj način postigli što bolje pacijentovo otvaranje vlastitim problemima i njihovim korijenima te doprinijeli njihovu rješavanju.

Literatura

1. Biti V. Pojmovnih suvremene književne i kulturne teorije. Matica Hrvatska, Zagreb, 2000.
2. Baldwin C. Narrative ethics for narrative care. J Aging Stud. 2015; 34:183-9.
3. Brody H, Clark M. Narrative ethics: a narrative. Hastings Cent Rep. 2014; 44:S7-11.
4. Frank AW. Truth Telling, Companionship, and Witness: An Agenda for Narrative Ethics. Hastings Cent Rep. 2016 ;46:17-21.
5. Geisler SL. The Value of Narrative Ethics to Medicine. The Journal of Physicain Assistant Education 2006; 2: 54-57.
6. Jones AH. Literature and medicine: narrative ethics. Lancet. 1997; 349:1243-1246.
7. Jones AH. Narrative in medical ethics. BMJ 1999; 318:253-256.
8. Jones AH. Narrative ethics, narrative structure. Hastings Cent Rep. 2014:S32-5.
9. Phelan J. Narrative Ethics. Living handbook of narratology
10. McCarthy J. Principlism or narrative ethics: must we choose between them? Medical Humanities 2003; 29:65-71.
11. Montello M. Narrative ethics. Hastings Cent Rep. 2014;44:S2-6.
12. Nicholas B, Gillett B. Doctors' stories, patients' stories: a narrative approach to teaching medical ethics. J Med Ethics 1997; 23:295-299.
13. Nortvedt F, Engelsrud G. „Imprisoned“ in pain: analysining personal experiences of phantom pain. Medicine Healthcare and Philosophy 2014; 17:599-608.

Korak 2 (trajanje 30 minuta). Nakon što ste pročitali tekst u grupi raspravite i pokušajte odgovoriti na sljedeća pitanja:

1. Što je narativna etika?
2. Koja sva tumačenja pojam narativna etika može imati?
3. Kako izgleda primjena narativne etike u medicini i zašto se njome koristimo?

Korak 3 (trajanje 90 minuta). Rad na tekstovima u kojima se primjenjuju metode narativne etičke analize.

Primjer tekstova:

Nortvedt F, Engelsrud G. *Imprisoned* in pain: analyzing personal experiences of phantom pain. Med Health Care and Philos (2014) 17:599–608.

Korak 4 (trajanje 135 minuta). Pogledati sa studentima film nastao na osnovu predloška nekog liječnika o nekoj književnoj temi i nakon toga razgovor o filmu.

Mogući film: *Ljudožder vegeterijanac* (2012.) režija Branko Schmit prema knjizi Ive Balenovića istoga naziva ili

***Awakenings* (Buđenja, 1990.) režija Penny Marshall prema knjizi Olivers Sacs istoga naziva.**

PRILOG 1

Rad prvi put objavljen u: (urednici) Ceribašić NU. Marks Lj. Izazov tradicijske kulture: Svečani zbornik za Zoricu Vitez. Institut za etnologiju i folkloristiku; Zagreb 2009: str. 147-169

Dva života i dvije smrti: Prilog antropologiji smrti i umiranja

Jasna Čapo

Smisao crpimo ne samo iz rada i ljubavi nego i iz načina umiranja. O sebi učimo kroz život i smrt drugih.

(Streets 1996:183)

U dosljednom smislu smrt se događa živima koji se moraju baviti mrtvima i koji je interpretiraju, u njoj traže smisao i nalaze svrhu, izražavaju je ritualima, ukrašavaju je mitom.

(Cobb 2009:34)

Dva su razloga mojeg odabira da za slavljeničko izdanje napišem tekst o načinima umiranja i stavovima prema smrti. Jedan je vezan uz činjenicu što je slavljenica autorica jedne od prvih suvremenih studija u nas koju možemo nazvati antropologijom smrti. Knjiga *Znamenje smrti* bavi se stanovitim „posmrtnim običajem“ (Rajković 1988:105), koji je nastao u okolnostima iznenadne smrti u prometnoj nesreći. Na osnovi minuciozne analize građe prikupljene o tristotinjak obilježja pogibije na mjestima nesreće, poglavito u Hrvatskoj, Sloveniji, Srbiji i Crnoj Gori tijekom druge polovice sedamdesetih i početka osamdesetih godina prošloga stoljeća, autorica je u zaključku iznijela tezu da je suvremeno zapadnoeuropsko i američko shvaćanje smrti – za koje se sedamdesetih godina prošloga stoljeća tvrdilo da ga karakterizira poricanje smrti, nesposobnost da se s njome suočimo, njezina nevidljivost – strano „našim“ ljudima (ibid.:106).

Drugi razlog što sam za slavljeničko izdanje odabrala ovu temu posve je osobne prirode. U posljednje dvije godine svjedočila sam umiranju obaju svojih roditelja. Majci je karcinom dijagnosticiran početkom 2006. Nepunu godinu dana nakon neuspješnoga konvencionalnog liječenja, samo šest tjedana nakon dijagnoze metastaza, majka je umrla. Dvadeset mjeseci poslije, otac, teški bolesnik tijekom trideset godina, preminuo je tri tjedna nakon kratkotrajne hospitalizacije. Proces umiranja je u oboje bio vrlo kratak, pet do šest tjedana, no ipak je znatna razlika u načinu na koji su umirali: majka je umrla u bolnici, nikad sa mnom ne načevši temu smrti, otac je umro kod kuće nakon što se neko vrijeme izravno pripremao za smrt, a ja postala dionicom tih priprema. U okrilju vlastite obitelji neposredno sam se susrela ne samo s umiranjem nego i s dvama shvaćanjima smrti: prema jednome ona je dio života i za nju se osoba (i njezina okolina) trajno priprema; prema drugome ona je tabuizirana, čak i u onim trenucima kad neposredno predstoji (Rihtman–Auguštin 1988:116).

Ovaj će se prilog možda učiniti manje znanstvenim nego kad sam pisala o drugim antropološkim temama, pa i onima u kojima sam na određene načine bila sudionicom (Čapo Žmegač, 2006). Pribivanje smrtnoj postelji mojih roditelja – koje je uključivalo prisustvovanje svim aspektima njihova umiranja – za mene je dosad najintenzivniji oblik insajderstva (Čapo Žmegač, Gulin Zrnić i Šantek, 2006) u nekoj antropološkoj temi. Naravno da praćenje umiranja mojih najbližih nije bilo vođeno znanstvenim interesom: tek sam kasnije, ponajprije suočena s gubitkom majke, razmišljajući o tom prvom umiranju kojem sam svjedočila, odlučila cjelokupno događanje ispisati u okvirima svoje discipline. U međuvremenu mi je umro i otac, i to na način koji mi se čini paradigmatiskim za umiranje koje Phillipe Ariès (1989; 2004) pripisuje jednom drugom vremenu, nazivajući ga „pripitomljenim“, pa je bilo posve razumljivo da se i očeva priča o umiranju i smrti uključi u ovaj prilog.

Ne skrivam terapijsku svrhu ovoga napisa i općenitije svoga bavljenja antropologijom smrti. Nadam se da će oni pomoći uokvirivanju (usp. McCullough 1996), a time i distanciranju od tih teških iskustava i završetku razdoblja žalovanja. Sukus iskaza ožalošćenih osoba Clive Seale (1998b) vidi u potrebi da svoje djelovanje tijekom procesa umiranja njima bliskih osoba portretiraju u pozitivnom svjetlu, čime ujedno nastoje zaliječiti bol i premostiti razdor koji je smrt prouzročila te rekonstruirati osjećaj sigurnosti narušen smrću. Iskazi ožalošćenih pokazuju njihovu potrebu da se oslobode krivnje koju mogu osjećati zbog načina na koji su umrli njihovi najbliži. Istodobno, istraživaču omogućuju da prouči kako ožalošćeni pričama o umiranju svojih bliskih rekonstruiraju svoj identitet.

U ovome prilogu zamagljuje se i preklapaju uloge istraživača i istraživanih (Gulin Zrnić, 2006, Halilovich, 2008): ja sam istraživačica, tj. ona koja promatra umiranje svojih najbližih, ali, kao ožalošćena osoba u potrazi za smislom umiranja, ja sam i ona koja je promatrana. Ovdje nije riječ o zapisima o vlastitu umiranju (usp. Kuzmanović 1979), već o zapisima o mojem doživljaju umiranja mojih najbližih. Pišući o umiranju svojih roditelja, pokušat ću razumjeti događaje i odnose koji su se uspostavili tijekom njihova umiranja, razmotrit ću smisao koji su imali za mene i preispitat ću vlastiti stav o umiranju. Takvim definiranjem istraživačkih pitanja ovaj tekst korespondira sa starom, ali još uvijek aktualnom kritikom istraživanja smrti u antropologiji, koju je Johannes Fabian formulirao 1973. godine. Autor je izložio tezu da su pristupi smrti izloženi parahijalizaciji i folklorizaciji – tj. da je od Tylora, Frazera, Boasa i Malinowskog antropologija napustila istraživanje smrti kao univerzalnog problema ljudskog postojanja i krenula prema istraživanju osobitih posmrtnih ceremonija i običaja, što je imalo za posljedicu napuštanje transcendentalne i univerzalne konceptualizacije problema i propust da se formulira teorijski plan s pomoću kojega bi se disciplina uhvatila u koštac s izazovom smrti. Završetak individualnog života dobit će svoj puni problemski status, tvrdi autor, tek u antropologiji, u kojoj su društvena realnost i subjektivna participacija u toj realnosti nesvodiva konceptualna uporišta istraživanja (Fabian 2004).

Suočavajući ih s ljudskom egzistencijom u posljednjim trenucima, možda će ovaj prilog potaknuti čitatelje da izgube nešto od vlastitoga straha pred umiranjem i smrću, kako to predmnijeva psihijatrica Elisabeth Kübler-Ross (2007), osoba koja je iznimno mnogo pridonijela promjeni načina na koji službena medicina gleda na umiranje. Opažanjem teških bolesnika, utvrđivanjem njihovih reakcija i potreba te držanja okoline težila je poboljšanju naše osjetljivosti za potrebe smrtno bolesnih osoba i humaniziranju umiranja u suvremenom tehniziranom svijetu (ibid.:25–26, 135, Palgi i Abramovitch 1984:402-403).

Majka

O, Bože, podaj svakom njegovu vlastitu smrt,
Smrt proisteklu iz njegova rođenog života
(R. M. Rilke)

Majka majka je i u 78. godini života bila izvanredno vitalna, energična i aktivna žena te je unatoč poodmaklom osmom desetljeću života i klasičnim staračkim oboljenjima, uglavnom bila zdrava. Prije dvadeset godina otišla je u mirovinu i s mojim se ocem preselila u jedno sjevernozagrebačko naselje, u obiteljsku kuću s razmjerno velikom okućnicom na kojoj je obrađujući vrt, vinograd i voćnjak iskoristila svoja agronomska znanja. Uzorno je vodila kućanstvo, dnevno kuhajući za sebe, supruga i unuke, a nedjeljom za cijelu proširenu obitelj. Bila je društveno, kulturno, vjerski i humanitarno aktivna, uvijek požrtvovna i spremna pomoći. Brinula se o sve teže pokretnom i komunikacijski hendikepiranom suprugu, zadnjih godina života smanjujući svoje izvankućne aktivnosti da bi se potpuno mogla posvetiti toj, zbog očevih bolesti, vrlo zahtjevnoj njezi. Početkom 2006. g. otkrilo se da majka ima karcinom dojke koji se proširio na limfne čvorove.

Naš je prvi susret, nakon što je dijagnoza potvrđena, simptomatičan za cjelokupnu daljnju komunikaciju tijekom njezine bolesti. Saznavši dijagnozu od liječnika opće medicine, požurila sam je posjetiti: bila je blijeda, slaba, tiha, pognutih ramena i silno utučena. Sve dok nije shvatila da sam ja već obaviještena, provele smo pola sata u nekom beznačajnom razgovoru: niti je ona meni mogla priopćiti poraznu informaciju niti sam ja mogla započeti razgovor o tome. Tijekom iduće godine naši su se susreti, premda intenzivni, odvijali na sličan način: o bolesti i izgledima za izlječenje nismo govorile. Istodobno, majka je od mene nastojala sakriti svoje poteškoće, reakcije na kemoterapiju i zračenje, odbijajući da se o njoj brinem sve dok to sama više nije mogla, dva do tri tjedna prije smrti. Retrospektivno shvaćam da je, koliko god je mogla, nastojala očuvati svoju neovisnost i dostojanstvo. Prihvatila sam takvu neizravnu komunikaciju, pristala sam na izbjegavanje razgovora o bolesti — jer, očito je i meni tako bilo lakše.

Suprotnost šutnji koja je obavijala činjenicu da boluje od karcinoma, bilo je brzo i efikasno djelovanje. Moj se brat angažirao na pronalaženju najboljeg kirurga i majka je u vrlo kratkom roku operirana. Operaciju je dobro podnijela; ne samo da se fizički dobro oporavljala nego je živnula, i duhovno i psihički. Uz klasični medicinski tretman pristala je na primjenu nekoliko naturopatskih metoda liječenja, koje smo dogovorile u suglasnosti s liječnicima. Sama je odlazila na laboratorijske pretrage, a na kemoterapiju ju je uvijek netko pratio. Išla je sa strahom, toliko strepeći od njezinih posljedica da bi se nakon terapije gotovo ukočila — sporo je hodala, ne usuđujući se učiniti nagli korak, strahujući od nastupa mučnine i glavobolje. Po dolasku kući odmah bi legla i odmarajući se provela nekoliko dana. Nekoliko dana nakon kemoterapije nije više dopuštala da se brinem o njoj ili o ocu, sve do sljedećeg ciklusa.

Osim u dane nakon kemoterapije, činilo se da se malo toga promijenilo u njezinoj svakodnevici. No ipak jest. Zaposlila je ženu koja je jednom tjedno dolazila obaviti veće kućne poslove, smanjila je angažman oko unuka, nije otišla na ljetovanje. Bila je manje spremna brinuti se o suprugu, koji je, pak, osjetivši da su se njezini prioriteti promijenili — i sam bivajući lošije — postajao zahtjevniji. Tek sam puno kasnije, pročitavši knjigu *Razgovori s umirućima* (Kübler–Ross 2007), shvatila majčinu povremenu ljutnju na oca i njezino odbijanje da se njime bavi. Pacijenti oboljeli od karcinoma osjećaju gnjev i zavist (ibid.:53) prema svojim bližnjima, pitajući se „Zašto ja, a ne on(a)?“ (usp. Kuzmanović 1979). Tim pitanjem pacijenti iskazuju da su žrtve nepravde, a sadrži i ideju da je karcinom bolest koja kažnjava (Sontag 1979:37, Ramšak 2007) jer, u poimanju običnih ljudi, ta se bolest smatra sinonimom smrti (Sontag 1979:6, 8, Komp 1996:67, Kurent

2001). Čini se da je „fantazija“ o karcinomu kao „nepobjedivom grabežljivcu“ (Sontag 1979) nadživjela medicinski napredak, koji je u samo dvadeset godina znatno smanjio smrtnost od nekih tipova karcinoma (Astrow 1996, Lynn 1996, Nuland 1994).

Na majčin je povremeni gnjev otac reagirao načinom dugogodišnjeg bolesnika: nije mogao shvatiti da joj je potreban odmor i da joj je postao prevelik teret (začuđeno me pitao: „Zašto sam joj ja teret?“). Tada sam smatrala da ne pokazuje dovoljno suosjećanja za majku i njezinu bolest, stalno zahtijevajući da se i nadalje brine o njemu. U trenutku kad smo već znali da majka ima metastaze, na majčin sam ga nagovor pozvala na ručak u restoran („Nervozan je jer mu nitko ne posvećuje pažnju“, rekla mi je). Tom je prigodom izrekao za mene tada nevjerojatnu rečenicu: „Što ona misli? Kako se to sad razboljela, a treba mene njegovati?“ (naglasivši mene). Danas mi je ta izjava shvatljiva jer je sagledavam u kontekstu drastičnih životnih promjena koje su oboje doživjeli nakon odlaska u mirovinu i u svjetlu njihovih odnosa koji su se (re)definirali tijekom četvrtstoljetne očeve bolesti i ovisnosti koju je razvio o majci, odnosno njezine samozatajnosti i požrtvovnosti. Otac je iskreno iskazao svoj osjećaj gubitka jer majka više nije bila sposobna za obnašanje svoje uloge u njihovu odnosu: „on više nije posluživan, nego sam mora posluživati“ (Kübler-Ross 2007:156).

Kübler-Ross je konstruirala pet faza u umiranju teško izlječivih bolesnika: poricanje, gnjev, cjenkanje, depresiju i prihvaćanje. Nazvala ih je „obrambenim mehanizmima u psihološkom smislu“ (ibid.:136). Premda se to previđa, autorica je izričito rekla da „(s)vi oni djeluju u nejednako dugim vremenskim razdobljima, često se međusobno izmjenjuju, ali mogu postojati i jedan pored drugoga“ (ibid.). Shvatimo li ih, dakle, fleksibilnije, ne kao linearne i apsolutne kategorije, već kao „vodiče za razumijevanje“ (Mauksch, prema Palgi i Abramovitch 1984:402) unutarnjih iskustava umirućih pacijenata, pojedini aspekti majčina života nakon dijagnoze mogu se bolje shvatiti. Cjelokupno majčino iskustvo od trenutka potvrde da boluje od karcinoma, a ne samo umiranje, može se sagledati u svjetlu predloženih faza. Tako mi se čini da činjenicu da je bolest otkrivena tek u fazi kad je u limfnim čvorovima već bio oveći tumor možemo tumačiti kao nepriznavanje znakova bolesti. Nakon toga majka je neko vrijeme bila manje ili više gnjevna, o čemu sam već govorila. Istodobno, čini se da je prihvatila bolest jer se svom snagom trudila da se izliječi: pouzdala se u medicinska dostignuća i mogućnosti liječenja (odbila je npr. mogućnost da se isključivo osloni na neku alternativnu metodu liječenja). Želju za životom jednom je objasnila kao želju da vidi odrastanje svojih unuka. Mislim da je vjerovala da će s prestankom kemoterapija i zračenja biti definitivno izliječena. Tomu u prilog govori da je istodobno s posljednjim zračenjem prekinula i sve do tada primjenjivane naturopatske tretmane, kao i to da joj, kad je samo otprilike mjesec dana nakon posljednjih tretmana započela kostobolja, nije palo na pamet da je karcinom metastazirao. Uostalom, toga se nisam dosjetila ni ja, ni liječnik opće medicine kao ni fizijatar kojemu se majka obratila i koji ju je uputio na fizikalnu terapiju. Ako smo majka i ja poricale mogućnost metastaziranja karcinoma ili jednostavno nismo baratale medicinskim znanjem, što je bilo s liječnicima?

Kad su potvrđene metastaze na kostima, majka je ponovno bila u fazi poricanja novoga stanja bolesti i potiskivanja informacija. Medicinski, hermetični liječnički izrazi, koji su govorili o „sekundarizmima“, kao da su ostavljali mogućnost za drukčije tumačenje i ishod. Nitko od obitelji nije smogao snage reći joj da je riječ o metastazama. Čini mi se da ta riječ nikad nije izgovorena. Tada je s nalazima otišla na razgovor onkologu, uvjerena da su bolovi u leđima uzrokovani dugogodišnjim problemima s kralježnicom. Spriječivši me da mu prisustvujem, nisam mogla čuti kako je liječnik s njom razgovarao. S razgovora je izašla potištena i smetena, tražeći da sjedne. Nakon toga sam sama zamolila liječnika da me primi. Više se ne sjećam detalja razgovora. Znam

samo da je djelovao umirujuće, ustvrdivši da metastaze na kostima nisu „najgore“ što se moglo dogoditi te da se zračenjem proces može sanirati.

Je li nam onkolog, kao što su to u svojim istraživanjima šezdesetih godina prošloga stoljeća primijetili Kübler–Ross, Glaser i Strauss, govorio poluistine, a potom blokirao daljnje mogućnosti komunikacije, dok je istodobno majci prepisao intenzivan palijativan biološki tretman (usp. Palgi i Abramovitch 1984:402)? Jesmo li i liječnici i ja govorili poluistine koje navodi Sontag (1979:8), da se, naime, osobama oboljelima od karcinoma laže zato što misle da je ta bolest smrtna presuda i zato što su metafore vezane uz karcinom „odvratnost, gadljivost i zloslutnost“. „Politika skrivanja istine o prirodi njihove bolesti pacijentima oboljelima od raka odražava uvjerenje da je umirujuće najbolje poštediti vijesti da umiru i da je dobra smrt iznenadna, najbolje je ako se dogodi kad smo nespješni ili spavamo“, zapisala je Susan Sontag (ibid.). No, zar se ništa nije promijenilo u komunikaciji između liječnika i pacijenta (odnosno liječnika i obitelji) od razdoblja kad je napisana navedena rečenica, prije više od trideset godina? Američki liječnici još od osamdesetih godina prošloga stoljeća preferiraju izravan razgovor s pacijentima oboljelima od karcinoma (upravo je rad E. Kübler–Ross naveo američke liječnike da pacijentima počnu govoriti istinu, prema Palgi i Abramovitch 1984) i zalažu se da im se objasni bolest i dobre i loše strane terapije te pruži „realistična nada“ (Nuland 1994:233). Osim toga, u anglosaksonskom svijetu pacijentu (i obitelji) je na raspolaganju cijeli niz stručnjaka koji će mu/im pomoći da se suoče s bolešću i terapijama (usp. Harding i Higginson 2009). U dvjema klinikama u kojima je majka tijekom bolesti liječena nitko nije spomenuo psihološku podršku, a liječnici su u pravilu izbjegavali ne samo otvorenu nego svaku komunikaciju. Bili su „nedodirljivo udaljeni“ (usp. Nuland 1994:226). Tek sam na dan majčine smrti od liječnika doznala da joj, ako se ne podvrgne novom ciklusu kemoterapije, preostaju najviše dva tjedna života. Štunja liječnika preklopila se s majčinom i mojom nemogućnošću da otvoreno razgovaramo. Nije bilo nikoga da nam pomogne premostiti jaz što se između nas ispriječio (usp. Kübler–Ross 2007:155 i d.).

Opet u fazi koju sam prethodno nazvala gnjevnom (ibid.:55 i d.), majka je u tih posljednjih šest tjedana života postala i „težak“ bolesnik. Moje su reakcije na njezino ponašanje ponekad bile grube i nervozne; nisam, nažalost, shvaćala da je riječ o psihološkim reakcijama povezanim s teškom bolešću te da smireno moram tolerirati njezina opravdana (i neopravdana) ponašanja i zahtjeve (ibid.). Osim toga, mislim da sam nespješno prijavila uz stanovitu popularnu mitologiju bolesti, u koju je oštroumno pronikla Sontagova u već više puta navedenom djelu (1979:40 i d.). Riječ je o shvaćanju da je karcinom iskupiteljska bolest, koja oboljelim osobama napokon pruža priliku za iskupljenje za životne propuste i zavaravanja. Očekivala sam da će bolest promijeniti moju majku te da će očaj i gubitak nade zamijeniti „unutarnja ravnoteža i mir“ (Erikson, prema Salajpal 2004:47) koji će nam pomoći ne samo da progovorimo o bolesti nego i da prestanemo zatomljivati svoje osjećaje. U jezgri takva pogleda, kaže Sontagova (1979:45–46), jest ideja da je pacijent odgovoran za svoju bolest, što automatski stavlja teret izlječenja u ruke pacijenta i njegovih, bolešću oslabljenih, sposobnosti.

Majka se tužila na jake bolove u leđima. Nakon što je počela primati radioterapiju, smršavila je, pojavile su se poteškoće s disanjem, povišen puls i tlak, temperature, noćna znojenja, drhtanje ruku, glavobolje, anksioznost. Kretala se vrlo polako govoreći da mora paziti kako ne bi pala i slomila kosti. Na zvučnim zapisima koje sam snimila posljednjega zajedničkog Božića ima neprepoznatljiv, tih, usporen i drhtav glas. Uskoro je postala bezvoljna i depresivna. Često je bila duhom odsutna, šutljiva i nezainteresirana za bilo što. Tada nisam znala da je i to tipična reakcija umirućih pacijenata (Kübler–Ross 2007:89 i d.) i da u toj fazi osoba kojoj se bliži smrt izražava žalost i bol zbog gubitka „svih dragih osoba i stvari“ (ibid.:90). Prema istoj je autorici to nužna

faza u kojoj se osoba pripravlja za prihvaćanje smrti: „onda je neumjesno svako razvedranje i bodrenje; tko mu neprestano skreće pozornost na svjetlije vidove njegove situacije, smeta mu da uzmogne misliti na svoj skori svršetak“ (ibid.).

No, ja sam, ne razumijevajući majčino stanje i u nastojanju da je iz njega izvučem, izgovorila strašnu rečenicu koju sam istoga časa i mnogo puta poslije požalila: „Mama, mora se umrijeti!“ Zapravo sam joj htjela reći „Prihvati i bori se“, ili „Prihvati i molim te da preostalo vrijeme iskoristimo na najbolji mogući način“, ili „Molim te da se pripremimo ako to već mora biti kraj“. Majka me žalosno pogledala, a ja sam se skamenila i ništa više nisam mogla reći, čak ni objasniti svoju nenamjerno okrutnu poruku. „Šutnja je prekrila moju spoznaju da sam bila gruba i nepravedna prema njoj, a mojim je duhom zagospodario osjećaj krivnje i ljutnje“, zapisala ja Tereza Salajpal (2004:54) u sličnoj situaciji. Majka i ja smo ponovno utonule u našu prešutno dogovorenu nekomunikaciju o njezinoj bolesti i eventualnoj smrti, koja je sad, nakon što je karcinom metastazirao, već bila vrlo sigurna. U toj je mojoj rečenici bio skriven poznat kulturni predložak (Seale 1998b), moje očekivanje, naime, da se majka tijekom svoga bolovanja od karcinoma suoči s bolešću, prihvati je i svjesno umre, oprostivši se i podijelivši sa mnom svoje misli, strahove i osjećaje. Željela sam da proživimo preostalo, možda vrlo kratko vrijeme, u intenzivnoj razmjeni i bliskosti, koje su njoj trebale olakšati umiranje, a mene pripremiti na njezinu smrt. No moja se majka suočavala s teškom bolešću na svoj način, sama odabravši kako će prihvatiti bolest i kako će umrijeti. Bolesnici reagiraju na suočavanje s ozbiljnošću svoje bolesti na svoj osobiti način, onako kako su i inače prihvaćali opasnosti u životu (Kübler–Ross 2007:36). Njezin je obrambeni mehanizam povremeno počivao na poricanju, a cijelo vrijeme trajanja bolesti i na izbjegavanju verbaliziranja teme. Preda mnom nikad nije izustila riječ smrt. Zbog toga ne bi valjalo zaključiti da ju je do samoga kraja poricala; uostalom, svojoj je sestri, već vrlo slaba i bolesna, rekla da je teško umrijeti. Mislim da je izbjegavanje teške teme bilo u skladu s njezinom životnom ulogom: moja majka je cijeli život nastojala ne opterećivati druge. To je bila njezina uloga u životu, pa onda i u njenoj posljednjoj fazi — umiranju.

No, majka je, posve sam u to sigurna, u posljednja dva tjedna života koje je provela u bolnici ipak ušla u fazu prihvaćanja neumitne smrti. Nakon nekoliko teških dana provedenih u bolnici, u kojima je možda prvi put otkad je saznala dijagnozu nesuzdržano plakala, smirila se i promijenila. Primjerice, psihijatra je primila veselo, tumačeći mu da se ničega ne boji i da joj on ne treba. Smireno je prihvatila sugestiju da je posjeti svećenik. I o tom nas je, uostalom vrlo kratkom posjetu, izvijestila sa smiješkom. No najveće sam promjene uočila u načinu na koji je govorila — tiho, bez ljutnje i nemira, koji su dotada češće karakterizirali njezino komuniciranje (i prije bolesti). Bila je opuštena, smirena i blaga, nije se ni na što žalila, ništa nije kritizirala, ničega se nije bojala, nije bila ni utučena. Tako sam je opisala nekoliko dana nakon smrti u bilješkama koje sam tada napravila o njezinu umiranju. Ti izrazi se podudaraju s onima s pomoću kojih je Kübler–Ross (2007) opisala konačan stadij — prihvaćanje — u dvjestotinjak umirućih pacijenata s kojima je razgovarala, u studiji koju sam pročitala nepunu godinu nakon majčine smrti.

Osim toga, majka je planirala što će raditi kad je otpuste iz bolnice. Više rezignirano nego ljutito nekoliko je puta konstatirala da je do dolaska u bolnicu bila pogrešno liječena. Vraćala se u djetinjstvo. Prvi put sam čula priču o voljenom psu Čarugi i po ne znam koji put onu o strahu koji je doživjela od jugoslavenske milicije kad je kao adolescentica s majkom išla u posjet ocu zatvorenomu zbog toga što nije mogao platiti nametnutu mu poreznu obvezu. Od tada je gajila nikad skrivanu mržnju prema komunističkom režimu. Saznala sam da je tih posljednjih dana još barem jednom strasno s nekim politizirala. Međutim, ponekad nije mogla artikulirati riječi i nismo je razumjeli. Ponekad bi govorila na neki za mene potpuno nepoznati način zbog kojega

sam se u početku zabrinula da se mentalno gubi, ali kad sam prihvatila te njezine šale i ironije, naša je interakcija postala bolja: nisam im se čudila, nego sam ih prihvaćala i nastojala uzvratiti na sličan način, što je umnogome olakšalo naše zajedništvo u dva posljednja tjedna njezina života. Unatoč majčinu stanju, bilo mi je lijepo biti uz nju, ostvarile smo bliskost koju vjerojatno nismo imale od moga djetinjstva. Samo što su uloge majke i kćeri bile izmijenjene. Puno je spavala ili drijemala, ili, bez pravoga zanimanja, gledala televizijske saponice. Osim najbližih rođaka (supruga, sestre, brata, sina, snahe, nećakinja) nije željela primati posjete.

Dan prije smrti provele smo zajedno: hranila sam je, držala za ruku dok je spavala, izmasirala sam je, gledale smo televiziju. Sjećam se atmosfere blagosti, nježnosti i ljubavi. Prvi put — tek u trenucima u kojima je praktično umirala — prepoznala sam majčinu snagu, hrabrost i strpljivost. I dosljednost njezina životnog stila i u odnosu prema teškoj bolesti. Obje smo se u tim trenucima našle u određenom prijelaznom (van Gennep 2004, Turner 1967) stanju, izdvojene od dnevnih nesporazuma koji se često znaju pretvoriti u drame, majka — jer je doista i bila na prijelazu, ja — jer sam osjetila da proživljavam neponovljivo i snažno iskustvo — umiranje svoje majke. Na kraju svoga života majka je — baš onako kako sam željela da se dogodi u prethodnim stadijima bolesti — našla mir i prihvatila svoju smrt. Tiho i samozatajno. A meni je pokazala da „umiranje nije tako užasno kako ljudi obično misle“ (Kübler-Ross 2007:112–13).

Majka je umrla iznenada i neočekivano za sve oko nje, vjerujem i za bolničko osoblje. Nakon punkcije pleuralnog izljeva počela je kašljati i izbacivati krv, isprva u manjim, a potom u sve većim količinama. Dva sata sam, zajedno s jednom mladom medicinskom sestrom skupljala krv koju je izbacivala, bodreći je riječima „Mama, bit će sve dobro“. Majka je još imala snage, upirala se o krevet da bi što lakše ispljunula krv što je nadirala. Posljednje riječi, prije nego što su me liječnici zamolili da napustim sobu zbog neke intervencije koju su željeli učiniti, bile su „Djeco, ja to više ne mogu“. Prema liječničkom izvještaju preminula je pola sata nakon mog odlaska.

Otac

Smrt primarno pripada umirućima.
(S. Nuland)

Otac je više od trećine svog života živio s teškom bolešću. U 52. godini je, nakon jednog (medicinski nikad objašnjenog) pada i gubitka svijesti, ostao gluh i s oštećenim središnjim živčanim sustavom za ravnotežu. Potom je doživio nekoliko moždanih udara te obolio od Parkinsonove bolesti, a nakon što mu je prije nekoliko godina oslabilo srce i ugrađen pacemaker, tretiran je i kao srčani bolesnik. Od srednjih godina je zapravo bio tako bolestan da više nije mogao obavljati dotadašnje poslove direktora nabave u velikoj zagrebačkoj tvornici alkoholnih pića te je u 56. godini bio prisiljen otići u mirovinu. Nakon toga je dugo bio depresivan te je samo uz svesrdnu i nesebičnu podršku supruge, premda ograničen u kretanju i komuniciranju, ipak donekle kvalitetno živio. U jednome trenutku — možda se to dogodilo nakon pogoršanja neurološkoga stanja — čini mi se da je smrt postala stalno prisutnim dijelom njegova života. Otac je 2003. g. napisao oporuku a odavno je dao upute što mu treba odjenuti kad umre. Svake godine, na svoj vjenčani dan, oblačio bi vjenčano odijelo i usput pripomenuo kako u njemu želi biti pokopan. Nekoliko mjeseci prije nego što će umrijeti predosjetio je što će se dogoditi: češće je počeo govoriti o smrti, davši i meni i mojemu bratu točne upute kako želi da ga se pokopa.

Unatoč bolestima otac je volio život i želio je živjeti. Prije otprilike tri godine, uz čestitku prigodom neke moje obljetnice, poželio je poživjeti još deset godina da bi mi i tada mogao čestitati! Bio je društven premda je zbog gluhoće komunikacijski bio vrlo ograničen; radovao se unucima i brigu za njih doživljavao kao svoju i supruginu veliku obvezu; godinama je zajedno s njom bio zabavljen obrađivanjem vrta. Nakon njezine smrti život mu se drastično promijenio: ne samo da više nije imao 24-satnu negovateljicu nego se i majčina smrt poklopila s njegovom sve većom nesigurnošću pri hodanju i nemogućnošću da sam napusti kuću. Nakon majčine smrti proveo je 20 mjeseci manje–više stalno u krugu kuće i vrta, tek s povremenim izlascima sa mnom ili s mojim bratom u grad ili odlaskom na ljetovanje. Sve se teže kretao i sve bi češće zbog napredovanja Parkinsonove bolesti (ili možda poremećaja ravnoteže?) padao. Dnevno je, od dana majčine smrti, četverosatnu brigu o njegovu kućanstvu preuzela jedna žena.

Otac je, protiv svoje volje, hospitaliziran večer uoči svoga 80. rođendana. Dijagnoza: upala pluća i zatajenje srca. Nekoliko dana nije reagirao na lijekove, teško je disao, trebao je kisik, ali vidno nije bio lošije negoli prije. Bio je, naime, u, za njegovu dob i stanje uzrokovano dugogodišnjim neurološkim bolestima, dobroj fizičkoj kondiciji održavanoj desetljećima zahvaljujući nećakinji, fizioterapeutkinji, koja ga je vježbala i hrabrila psihički i emotivno. Prema izjavi liječnika, nakon nekoliko je dana počeo reagirati na lijekove protiv upale pluća.

Otac, inače strpljiv i poslušan pacijent, postao je nemiran kad je shvatio da će propustiti berbu grožđa kod svoga najboljeg prijatelja, dugogodišnjeg partnera u raznim pothvatima. Prijetio je da će sam pozvati taksu i napustiti bolnicu, ponavljajući: „Ali ti ne shvaćaš što to meni znači, što to znači da ja neću biti na berbi, prvi put u životu“. Čak je i liječnika pitao može li nakratko – radi berbe – napustiti bolnicu. Kako je otac bio gluh, liječnik mu je napisao „Idite i ne vraćajte se ovamo!“, što je otac doslovno shvatio i nakon toga pokušavao dobiti moju pomoć u tom pothvatu. Njegov toliko željeni odlazak u berbu postao je razlogom ljutnje i nervoze koju su osjetili i drugi bolesnici u sobi. Može li se ova očeva reakcija protumačiti s pomoću uvida E. Kübler–Ross u ponašanje teško bolesnih pacijenata? Je li otac bio pun gnjeva jer je osjetio da je „isključen sa stola života“ (Kübler–Ross 2007:54)? Je li bio gnjevan zato što je bio čovjek koji je cijeloga života sam gospodario i odlučivao o sebi, a sad je bio primoran drugima prepustiti tu ulogu (ibid.:58)? Mislim da nije shvaćao koliko je oslabio nakon sedmodnevnog boravka u bolnici, upale pluća i oslabjela srca. Sutradan je pojeo ručak u kojemu je istinski uživao. Tek sam poslije shvatila da je to bio i posljednji takav ručak. Gurman, s klasičnim ukusom za kontinentalnu, jako začinjenu mesnu kuhinju, s užitkom je pojeo juhu od fazana koju je dan prije supruga njegova prijatelja priredila za sudionike berbe. Pio je, naravno, mošt s berbe koju je propustio!

Tri dana poslije toga otac izlazi iz bolnice, vidno oslabljen, i nadalje s otečenim nogama zbog oslabjela rada srca. Po dolasku kući postaje jako nemiran, nezadovoljan, čak bih rekla i ljut, gnjevan (uostalom, kao i majka nakon povratka s operacije). Ne uviđajući svoje stanje, u jednome trenutku, odbivši hodalicu i inzistirajući da si pri hodu pomaže samo jednim štapom, pada, a ja ga ne uspijevam zadržati. Nikad neću zaboraviti kako se stropoštao, a zvuk kostiju koje udaraju o parket zauvijek će ostati zapisan u mojem pamćenju. Nakon toga oboje smo našim uzburkanim osjećajima dodali i jad.

Očeva se nemoć povećavala svakim danom u tri i pol tjedna koliko je još poživio. Tijekom prvih nekoliko dana hodao je uz pomoć hodalice ili štapa, sporije i teže nego prije, i život se naoko vratio u stanje prije bolničkog liječenja. No samo naoko. Rekla bih da je u tim prvim danima postajao sve nervozniji jer se nije mogao prilagoditi svojem novom stanju ni procijeniti svoju snagu i mogućnosti. Vjerojatno je u podlozi očeva gnjeva bio gubitak nadzora nad vlastitim

životom (ibid.). Snaga mu je kopnjela jer su bolesti uzimale maha, jer je sve manje jeo (čak ni jela spremljena prema njegovim željama nisu mu otvorila tek; kako sam tek poslije shvatila, gubio je refleks gutanja), a mislim da su ga iscrpljivale i jake doze lijekova za mokrenje te je, prema mojoj prekasnoj spoznaji, i dehidrirao. Počeo je trpjeti bolove u mišićima i kostima, sve je teže i sporije hodao, a tjedan dana prije smrti više se nije mogao osoviti na noge.

Osim toga, otac je još tijekom boravka u bolnici počeo govoriti sve tiše da bi desetak dana prije smrti gotovo potpuno izgubio moć da proizvede glas, a time je nestala i mogućnost gotovo ikakva razgovora s njime. Samo sam uz najveću pozornost i intuiciju ponekad uspijevala, nakon što bi to nekoliko puta bezglasno ponovio, razumjeti što je htio reći. Pisati više nije mogao, a mislim da nije mogao ni pročitati kratke poruke koje bih mu napisala u nadi da će razumjeti što mu želimo priopćiti. Izgubio je i sposobnost razumijevanja polako izgovorenih i jasno artikuliranih riječi i komunikacije na prste kojima smo se koristili tijekom trideset godina njegove gluhoće. Vjerojatno je, unatoč tomu što sam sebe nije mogao čuti, shvatio da više ne može proizvesti glas, te je neko vrijeme često pitao „Što se to sa mnom događa?“ Nije bilo nikoga da nam objasni taj fenomen: spomenula sam ga nizu liječnika, ali nitko nije našao potrebnim (nije znao?) reći mi nešto o tome. A činjenica da više uopće nije mogao komunicirati — niti je što mogao reći niti je što mogao razumjeti — za mene je bila možda najteži i najtragičniji dio očeva umiranja. Na kraju je, u očevoj grčevitoj borbi protiv kardiološkog pregleda, dovela do paroksizma (v. poslije).

Ako je prvo vrijeme nakon dolaska iz bolnice bio nervozan zbog svoje nemoći i nerazumijevanja zašto se njegovo stanje ubrzano pogoršava, drugi dio je prošao u neprestanom žaljenju na bolove u mišićima. Prema nekim američkim istraživanjima pacijenti koji umiru imaju bolove bez obzira na to od čega umiru: čak 10% od 10,000 umirućih pacijenata u jednom istraživanju trpjelo je jake bolove (Lynn 1996:95). Navodim ovaj podatak jer su neki liječnici tvrdili da ne može imati bolove na koje se žali, a zbog interakcije analgetika i sedativa s Parkinsonovom bolešću dugo su mu odbijali olakšati bol prikladnim sredstvima. Jedan mi je očev liječnik predbacio da, inzistirajući na palijativi, ocu želim pomoći na krivi način, jer on ne boluje od karcinoma. J. Lynn, pak, smatra „sramotnim“ da liječnici ne prihvaćaju da umirući imaju velike bolove te da bi trebali prestati povezivati bol samo s osobama oboljelima od karcinoma (ibid.:95, 98). Voljela bih da su očevi liječnici zastupali stajalište koje je nerijetko prisutno u američkoj literaturi: „Bol i patnju treba tretirati sve dok nisu olakšani i to svim mogućim sredstvima, čak i uz rizik nuzgrednih pojava kao što su sedacija, respiratorna depresija, hipotenzija i smrt. Sve dok je namjera olakšavanje bolova i pacijent jasno ne preferira bol sredstvu za smirenje, sve su te nuzgredne pojave prihvatljive“ (Krakauer 1996:31).

Potom je otac zapao u stanje koje bih mogla opisati „između sna i jave“ ili kao određeno bunilo koje se javljalo na mahove. Mislim da je uglavnom bio svjestan događaja oko sebe, ali često je proživljavao neke epizode iz prošlosti — njegove reminiscencije su uglavnom bile iz doba rane mladosti i uključivale su meni nepoznate ljude ili situacije u kojima bi ponekad zapjevao. Kad mu je u posjet, samo tjedan dana prije smrti, došao prijatelj, isti onaj čiju je berbu propustio zbog boravka u bolnici, otac više nije mogao razgovarati. Registrirao je njegov dolazak, pokazao mi da gosta ponudim pićem (dapače, rekao je kojim!), a potom se prepustio snatrenju. Shvativši da se prisjeća mađarskog vina Tokajca, ponudila sam ga najboljim vinom koje sam pronašla u njegovu vinskom podrumu i posljednji put u životu — u trenucima kad mu je i gutanje postalo problem — popio je nekoliko gutljaja finog vina.

Nekoliko dana poslije bio je vrlo smiren i komunikabilan te je svim članovima obitelji koji su se tada našli u blizini, držeći svakoga ponaosob za ruku, nastojao nešto reći. Tvrdim da se svjesno

opraštao s nama u posljednjim trenucima u kojima je još za to imao snage, pet dana prije smrti. Nakon toga je zapitao gdje je svećenik. Znao je, naime, da je svećenik obećao doći za nekoliko dana, ali je, vjerujem, osjetio da ga neće moći dočekati. Potom je vrlo smiren i pri punoj svijesti te surađujući koliko je mogao s obzirom na gluhoću i nemogućnost da govori, primio bolesničko pomazanje. Drugi je dan, međutim, za vrijeme internističkog pregleda bio potpuno izgubljen i zaplašen. Kako mu nisam uspjela protumačiti da liječnik dolazi da ga pregleda, otac ga se strahovito uplašio i grčevito se počeo boriti protiv pregleda. Zapao je u teško psihotično stanje u kojemu je mislio da ga liječnik želi ubiti. Njegove su riječi – „Zar me želite ubiti?“ – imale svoju logiku ako ih sagledamo iz aspekta teško bolesna i slaba čovjeka, gluhoćom i nijemošću potpuno izoliranog od okoline, koji je još samo želio da ga ostavimo na miru (usp. Kübler–Ross 2007:116 i d.).

Premda su svi znakovi govorili u prilog tomu, nisam shvaćala da će otac ubrzo umrijeti. Ni kad je prestao provjeravati jesam li predala loto, ni kada se prestao brinuti o novcu i o tome da moramo otići u SUVAG radi novog slušnog aparata, ni kad je prestao pokazivati zanimanje za nogometne utakmice, nisam shvatila da se kraj približava. Pa čak ni nakon što se oprostio s nama i zatražio svećenika. Otac se u posljednjem tjednu života opraštao od bliskih osoba i svijeta općenito, više ga ništa nije zanimalo što je dotada bilo predmetom njegova uobičajenog zanimanja (usp. Kübler–Ross 2007:112 i d.). Premda s još svježim iskustvom majčina umiranja, nisam uočila da se smrt približava. No nisam, kao kod majke, izbjegavala tu pomisao. Otac mi je svojim navještajem i prihvaćanjem smrti pomogao da se s njome nosim.

U tih nekoliko tjedana očeva umiranja nisam imala vremena razmišljati o svemu što se događa. Svaki je dan, naime, donosio novo pogoršanje i tražio odgovarajuću i brzu reakciju i ostavljao malo vremena za nešto drugo osim organiziranja najbolje njege. Kao i kod majke, bilo je potrebnije djelovati: funkcionirala sam poput stroja priređenog da obavlja određene nužne zadatke. Kako pri izlasku iz bolnice nisam dobila detaljne upute za praćenje očeva stanja i razvoja srčane bolesti, teško sam se snalazila i sigurna sam da nisam na vrijeme i dobro reagirala, npr. nisam se sama usudila sniziti propisanu mu količinu diuretika nakon što sam shvatila da postoji ogroman nerazmjer između unosa i izlučivanja tekućine. Da bih bila sigurna što treba učiniti, organizirala sam opisani privatni posjet internista. U bolnici me, nadalje, nisu upozorili da pretjerano izlučivanje tekućine iz tijela uzrokuje gubitak kalija i može dovesti do grčenja u mišićima. Otac je možda upravo zato imao jake bolove. Usto, kako sam već spomenula, tek sam tih dana, informirajući se na internetskim stranicama (<http://www.pdring.com/>; <http://www.pdf.org/>) povezala neke očeve nove simptome s Parkinsonovom bolešću (npr. gubitak govora, nemogućnost gutanja, mišićni bolovi, i sl.). I tijekom hospitalizacije i poslije nje činilo mi se da je od liječnika bilo nemoguće dobiti potpunu informaciju i pravodobnu intervenciju bilo da je riječ o medicaciji ili palijativi. Neki liječnici nisu našli potrebnim da oca posjete (premda žive u Zagrebu i njihov je pacijent ili prijatelj), nego su ordinirali preko telefona. Drugi nisu znali što treba činiti ili su, prema mojem shvaćanju, kasnili s reakcijama. Treći su, pak, bili koncentrirani na svoje specijalističko znanje i tehničku sofisticiranost, izgubivši uvid u „fundamentalnu dinamiku života i smrti“ (Selwyn 1996:36). Na žalost, gotovo nitko od liječnika nije pokazao empatiju ni prema pacijentu ni prema meni, koja sam u najvećoj mjeri preuzela brigu o umirućem ocu. Oca su promatrali kao puki biološki organizam, a mene kao neznalicu i osjećajima preplavljenu individuu. Mislim kako nisu uočili da se smrt približava (ili to nisu otvoreno htjeli reći?), pa doista ostaje da se zamislimo nad upozorenjem Joanne Lynn (prema Curnen McCrea i Spiro 1996:21) kako unatoč tomu što ćemo u budućnosti umirati sve stariji, a proces umiranja bit će sve teži, nećemo pritom imati nekoga tko će uočiti da se smrt približava i tko će nam pomoći da se s njome nosimo.

Posljednjih je nekoliko dana, uz bolove, otac trpio i jak psihomotorički nemir. Liječnici su konačno pristali dati mu jača sredstva protiv bolova, a potom je dobio i sredstvo za akutnu psihomotoričku uznemirenost. Ono ga je konačno smirilo i otac je, u roku od 12 sati nakon njegove primjene, preminuo. Toga me je dana – uz moju pomoć – još jednom zagrlio, a svojoj je šogorici stisnuo ruku i odmahnuo. Mislimo da su to bili posljednji svjesni trenuci njegova života.

Otac je umirao smrću koja je u mnogočemu slična „pripitomljenoj“ smrti srednjega vijeka, čije elemente Phillipe Ariès rekonstruirao na temelju tekstova o srednjovjekovnim vitezovima. Otac je, primjerice, imao predosjećaj da će uskoro umrijeti i u nekoliko je navrata raznim sugovornicima navijestio svoju smrt (usp. Salajpal 2004:29, 52) bilo izravno bilo uputama koje je meni ili mojem bratu davao o svojem sprovodu. Prema Arièsu (1989), navještaj smrti nema veze s nekim natprirodnim ili magijskim predosjećajem; riječ je o spontanoj spoznaji što dolazi preko prirodnih znakova ili intimnog uvjerenja. Kako se ocu stanje pogoršavalo, posebice tijekom ljeta 2008. g., nije neobično da je došao do takve spoznaje. Kako sam spomenula, čini mi se da je, možda upravo zbog svojih dugogodišnjih bolesti, otac razvio stav prema kojemu je smrt bila dijelom njegova života. Uostalom, sjećam se kako smo 1979. g., kad je nakon nikad objašnjene nesvjestice otac ostao gluhi, svi bili sretni da tada nije umro. Moglo bi se reći da otac nije žurio umrijeti, pače, jako je volio život i želio je još dugo živjeti, ali u trenutku kad je vidio da se smrt približava, umirao je „kako je trebalo“. Upravo takav način umiranja opisuje Ariès, ne samo za srednji vijek nego i u kasnijem razdoblju, u romantičarskom 19. stoljeću (ibid.).

Kad je proces umiranja započeo, otprilike tri tjedna prije smrti, otac je znao da umire i oko toga je poduzimao određene korake. To je znao kad je nećacima i unucima koji su ga došli posjetiti dijelio savjete o obvezi poštivanja roditelja i poželio im uspješan završetak školovanja. To je bilo očito iz priča koje je, dok je još koliko-toliko mogao govoriti, pričao o ključnim događajima svoga života: o posljednjem ispitu i primanju sveučilišne diplome, poštivanju svojih roditelja, kupnji zemljišta za gradnju kuće i sl. To je posve sigurno bilo u trenutku kad je zatražio da dođe svećenik ili kad se oprostio s članovima najuže obitelji. Koliko god je, zasigurno, u tom razdoblju ponekad bio u prijelaznom stanju, možda ne i onako priseban kako to našom racionalnom logikom poimamo, on se ipak u svjesnim trenucima opraštao sa životom i ljudima koji će ga nadživjeti. Pritom danas, samo dva mjeseca nakon njegove smrti, ne mogu reći da je pokazivao znakove straha od smrti. Za razliku od majke, otac nikad nije požalio što umire. On je, na određeni način, bio intiman sa smrću (usp. Ariès 1989:29) i onda kad je o njoj govorio i kad se počela približavati. Prihvatio je smrt mirno i lako, kao neizbježnu sudbinu (usp. Krakauer 1996:27, Ariès 1989), možda i kao konačno razrješenje dugogodišnje invalidnosti, staračkih nemoći i samoće koju je vrlo teško podnosio nakon suprugine smrti.

Još je jedna osobina očeva umiranja i smrti: umro je upravo onako kako je želio, u svome domu, a ne u bolnici ili u staračkome domu, manje ili više stalno okružen svojom djecom, unucima i drugim rođacima, te povremeno susjedima i prijateljima, osim u jednom trenutku ometen liječničkom intervencijom. U tim se trenucima događala transakcija, razmjena između umirućeg i prisutnih (Demos 1996:164): otac je umirao okružen voljenima, siguran i bez straha; mi smo – barem to mogu tvrditi za sebe – bili privilegirani da mu možemo dati podršku i sudjelovati u njegovu umiranju.

Svjesno umiranje na različite načine

Ne bih mogla tvrditi da se u mojoj obitelji smrt poricala ili skrivala (usp. Seale 1998a). No, o njoj se rijetko govorilo. Spominjao ju je s vremena na vrijeme otac podsjećajući na svoju želju da

bude pokopan u vjenčanom odijelu te pred kraj života dajući naputke o svome sprovodu. Smrt se u mojoj obitelji ipak nije skrivala. Sjećam se da smo brat i ja, još kao djeca, prisustvovali pogrebima naših baka i djedova.

S umiranjem sam se susrela prvi put tek uz roditelje, bdijući uz oboje praktično tijekom cjelokupna posljednjeg razdoblja njihova života. Oboje su umrli u razmaku od nešto više od godine i pol dana, nakon gotovo pedesetogodišnjeg zajedničkog života, u kojemu su postigli uspješne profesionalne karijere i ekonomsku sigurnost te osigurali potomstvo. Unatoč dugoj zajedničkoj životnoj povijesti njihovo se umiranje znatno razlikovalo: priroda njihovih oboljenja i osobne dispozicije (usp. Kastenbaum 2009, Wandel 1996) u podlozi su njihova različitog odnosa prema smrti i njezina razumijevanja te svladavanja izazova koje posljednja životna faza stavlja pred osobu.

U posljednja tri desetljeća očev je život bio obilježen kroničnim bolestima, povremeno praćenim depresijama. Unatoč bolestima, doživio je razmjerno duboku starost, kratko nadživjevši suprugu. Premda se ne može reći da je umro od „starosti“, nego vjerojatno od pogoršanja kroničnih bolesti, njegova se smrt nadaje kao prirodni završetak ciklusa života (usp. Catedra 2004). Kako je rekla jedna rođakinja, otac je „sazrio“: ne samo da se zbog Parkinsonove bolesti sve teže kretao i u posljednje vrijeme često padao nego, još važnije, više nije imao želju za životom, sve se rjeđe veselio, osobito nakon suprugine smrti tužio se na samoću i bojao se staračkoga doma. Osjetivši da se smrt približava, znao je prihvatiti trenutak kao i prirodnost smrti (usp. Imhof 1996:115). Nijedanput nije izrazio strah od smrti. U pravom je smislu riječi umirao na način srednjovjekovnih vitezova: svjesno, hrabro, pomireno (Ariès 1989). Po svojoj želji, umro je kod kuće okružen njegom i pažnjom najbliže obitelji. Imao je dovoljno vremena da se tijekom života i prije nego što je umiranje započelo pripravi na smrt. Otac je umro ne samo svjesno nego i vlastitom voljom orkestriranom smrću. Do kraja gotovo da nije ispustio kontrolu iz svojih ruku, a čak je i nakon smrti bio posredno prisutan u režiranju vlastitog sprovoda u uputama koje je mojem bratu i meni dao ne samo glede toga što da mu odjenemo nego i koga da pozovemo na sprovod i karmine te koje pjesme da se pjevaju na ispraćaju. Takvim svojim odnosom prema smrti, a i činjenicom da je dugo i teško bolovao, otac me pripremio na svoju smrt. Mislim da sam upravo zbog te pripremljenosti u trenucima očeva umiranja (i poslije) osjećala smirenost. To nisu bili trenuci krajnjeg uzbuđenja nego krajnje pribranosti. Mislim da sam zato, u finalnoj fazi očeva umiranja, mogla prihvatiti savjet majčine sestre da se udaljim od očeve smrtno postelje, da bih ga „pustila da lakše ode“. Zato sam, dva sata prije nego što je liječnik proglasio smrt, poljubivši ga, otišla kući.

Dok sam u trenucima očeva umiranja osjećala smirenost, u trenucima majčina umiranja osjećala sam neizmjernu tugu i neprihvaćanje. Ti su osjećaji imali pandan u načinu na koji je majka umirala. Moji su osjećaji zrcalili njezino poricanje, ljutnju i depresiju. Svojim je životom i relativnim zdravljem i u poodmakloj dobi majka poricala sigurnost vlastite smrtnosti. U nemogućnosti da nakon prve dijagnoze karcinoma, a pogotovo nakon dijagnoze metastaza progovorimo o bolesti i eventualnoj smrti „između nas [je] nalegla neka neizreciva slutnja i zatomljena tuga, koju smo nastojale jedna od druge sakriti“ (Salajpal 2004:51). Jesmo li šutnjom jedna drugoj nastojale očuvati nadu? I poštediti nas tjeskobe koju nosi njezin gubitak? (usp. Nuland 1994:227). Naše su reakcije bile pod utjecajem kulturno konstruirane percepcije karcinoma kao zloslutne bolesti koja donosi smrt. Moja je percepcija uključivala i koncepciju karcinoma kao iskupiteljske bolesti i kulturni predložak „svjesnog umiranja“ (Seale 1998b).

Dok je otac došao do stadija prihvaćanja smrti polako, pripravljavajući se dugi niz godina zbog svojih kroničnih bolesti, priroda majčine bolesti bila je akutna i nije joj ostavila puno vremena

za pripremu na smrt. Majka je u vrlo kratkom razdoblju prešla put od poricanja do prihvaćanja i svjesnog umiranja. Budući da je oboljela od bolesti koju je doživljavala kao svoju smrtnu presudu, to je vrijeme bilo još zgusnutije, ispunjeno poricanjem, borbom, nadom i njezinim gubitkom, mučninama, gubitkom kose, teka, snage, dostojanstva i samostalnosti. Činjenica da se nismo zajedno uspjele suočiti s njezinom smrću, imala je znatnih posljedica za mene. Nisam je, kao oca, odtugovala za vrijeme bolesti i umiranja i nakon njezine smrti preplavili su me osjećaji gnjeva, potom krivnje i preispitivanja, i na posljetku, žalovanja koje je i dvije godine nakon njezine smrti jače od onoga za netom umrlim ocem.

Majka je, za razliku od oca, umrla u bolnici. Otac se protivio što je smještamo u bolnicu jer je njegovo poimanje „dobre smrti“ bila smrt kod kuće. Međutim, kako je bolest brzo napredovala, postalo je nemoguće da kod kuće majci pružimo svu potrebnu njegu. Mislim da je bila zadovoljna što smo je smjestili u bolnicu, osjećala se sigurnijom. Uostalom, nakon nekoliko dana infuzija i transfuzije opće joj se stanje popravilo i vjerujem da joj je boravkom u bolnici život produžen za dva tjedna – točno onoliko koliko joj je trebalo da se pripravi za smrt. Budući da sam u bolnici uz nju provodila veći dio dana, nadam se da nije osjetila „stravičnost, usamljenost, mehaničnost i dehumaniziranost“ umiranja u bolnici (Palgi i Abramovitch 1984:402). Majčino je umiranje bilo brže i fatalnije od racionalnih pokušaja liječnika da ustanove što se događa, tj. konstruiraju tehničko objašnjenje (usp. Chapple 2003:174) za njezino propadanje, a na kraju i za uzrok smrti. Za to sam vrijeme bila uz nju, i da me liječnici pola sata prije objavljene smrti nisu zamolili da izađem, mogla bih biti sigurnija da majka nije umrla „divljom“, medikaliziranom, nego „pripitomljenom“ smrću (Ariès 1989, 2004; Krakauer, 1996). Slična nelagoda lebdi i nad očevim umiranjem: moje neuspješno zalaganje da mu se ublaže bolovi dovodi u pitanje „pripitomljenost“ njegove smrti, premda je ona to zacijelo bila po svojim drugim značajkama.

Umiranje mojih roditelja pokazuje da su pri kraju života oboje bili pripravljeni na smrt. Drukčija dinamika njihovih načina pripreme omogućuje pretpostavku da tek onda kad teško obolimo vraćamo vlastitu smrtnost u svakodnevno obzorje. Dotada se njome ne bavimo, čini nam se udaljenom budućnošću koja je zbog razvoja medicinske znanosti odgođena na duži rok. Opisana iskustva djelomično govore u prilog tezi Z. Rajković (1988) o suočavanju sa smrću u našoj kulturi. Ona upućuju i na zaključak da naše moderno, individualizirano i medikalizirano doba sa sobom nužno ne donosi usamljeno, tehnologijom produživano umiranje u zakutku neke „specijalne bolnice za kronične bolesti“ ili staračkoga doma. Možda su moji roditelji bili izuzeti od danas dominantnog načina umiranja u Zapadnoj Europi i Americi jer su smisao svojih života gradili na nesebičnosti i davanju svojim najbližima (usp. Elias, prema Rihtman–Auguštin 1988:182–183).

Navedena literatura

1. Ariès, Philippe. 2004. „The Hour of Our Death“. U *Death, Mourning, and Burial: A Cross-Cultural Reader*, ur. Antonius C. G. M. Robben. Malden (MA) et al.: Blackwell Publishing, 40–48.
2. Arijes, Filip (Ariès, Philippe). 1989. *Eseji o istoriji smrti na Zapadu*. Beograd: Rad.
3. Astrow, Alan B. 1996. „Thoughts on Euthanasia and Physician-Assisted Suicide“. U *Facing Death: Where Culture, Religion, and Medicine Meet*, ur. Howard M. Spiro et al. New Haven – London: Yale University Press, 44–51.
4. Catedra, Maria. 2004. „Kinds of Death and the House“. U *Death, Mourning, and Burial: A Cross-Cultural Reader*, ur. Antonius C. G. M. Robben. Malden (MA) et al.: Blackwell Publishing, 77–91.
5. Chapple, Helen S. 2003. „Could She Be Dying? Dis-Orders of Reality around Death in an American Hospital“. *Anthropology and Humanism* 27/2:165–184.

6. Cobb, Mark. 2009. „The Dying Soul: Spiritual Care at the End of Life“. U *Death and Dying: A Reader*, ur. Sarah Earle et al. Los Angeles et al.: Sage, 34–41.
7. Curnen McCrea, Mary G., i Howard M. Spiro. 1996. „Introduction“. U *Facing Death: Where Culture, Religion, and Medicine Meet*, ur. Howard M. Spiro et al. New Haven — London: Yale University Press, 19–21.
8. Čapo Žmegač, Jasna. 2006. „Etnolog i njegove publike: O restituciji etnografskih istraživanja“. U *Etnologija bliskoga: Poetika i politika suvremenih terenskih istraživanja*, ur. Jasna Čapo Žmegač et al. Zagreb: Institut za etnologiju i folkloristiku — Jesenski i Turk, 213–235.
9. Čapo Žmegač, Jasna, Valentina Gulin Zrnić i Goran Pavel Šantek. 2006. „Etnologija bliskoga: Poetika i politika suvremenih terenskih istraživanja“. U *Etnologija bliskoga: Poetika i politika suvremenih terenskih istraživanja*, ur. Jasna Čapo Žmegač et al. Zagreb: Institut za etnologiju i folkloristiku — Jesenski i Turk, 7–52.
10. Demos, John. 1996. „From This World to the Next: Notes on Death and Dying in Early America“. U *Facing Death: Where Culture, Religion, and Medicine Meet*, ur. Howard M. Spiro et al. New Haven — London: Yale University Press, 160–165.
11. Fabian, Johannes. 2004. „How Others Die: Reflections on the Anthropology of Death“. U *Death, Mourning, and Burial: A Cross-Cultural Reader*, ur. Antonius C. G. M. Robben. Malden (MA) et al: Blackwell Publishing, 49–61.
12. Gulin Zrnić, Valentina. 2006. „Domaće, vlastito i osobno: Autokulturna defamiliarizacija“. U *Etnologija bliskoga: Poetika i politika suvremenih terenskih istraživanja*, ur. Jasna Čapo Žmegač et al. Zagreb: Institut za etnologiju i folkloristiku — Jesenski i Turk, 73–95.
13. Halilovich, Hariz. 2008. „Etika, ljudska prava i istraživanje: Etnografija u poslijeratnoj Bosni i Hercegovini“. *Narodna umjetnost* 45/2:165–190.
14. Harding, Richard, i Irene J. Higginson. 2009. „What is the Best Way to Help Caregivers in Cancer and Palliative Care?“ U *Death and Dying: A Reader*, ur. Sarah Earle et al. Los Angeles et al.: Sage, 92–101.
15. Imhof, Arthur E. 1996. „An Ars Moriendi for Our Time: To Live a Fulfilled Life; to Die a Peaceful Death“. U *Facing Death: Where Culture, Religion, and Medicine Meet*, ur. Howard M. Spiro et al. New Haven — London: Yale University Press, 114–120.
16. Kastenbaum, Robert. [2009]. „Process of Dying“. U *Encyclopaedia of Death and Dying*, <http://www.deathreference.com/Da-Em/Dying-Process-of.html>, posjećeno 7. 10. 2009.
17. Komp, Diane M. 1996. „The Changing Face of Death in Children“. U *Facing Death: Where Culture, Religion, and Medicine Meet*, ur. Howard M. Spiro et al. New Haven — London: Yale University Press, 66–76.
18. Krakauer, Eric L. 1996. „Attending to Dying: Limitations of Medical Technology (A Resident’s Perspective)“. U *Facing Death: Where Culture, Religion, and Medicine Meet*, ur. Howard M. Spiro et al. New Haven — London: Yale University Press, 22–32.
19. Kurent, Maja. 2001. „Liječnik, pacijent i karcinom“. *Medicus* 10/2:253–256.
20. Kuzmanović, Vojislav. 1979. *Zapisi o vlastitom umiranju*. Zagreb: Znanje.
21. Kübler-Ross, Elisabeth. 2007. *Razgovori s umirućima*. Zagreb: Provincija franjevac trećoredaca [4. izd.].
22. Lynn, Joanne. 1996. „Caring for Those Who Die in Old Age“. U *Facing Death: Where Culture, Religion, and Medicine Meet*, ur. Howard M. Spiro et al. New Haven — London: Yale University Press, 90–102.
23. McCullough, William B. 1996. „Witnessing Death versus Framing Death“. U *Facing Death: Where Culture, Religion, and Medicine Meet*, ur. Howard M. Spiro et al. New Haven — London: Yale University Press, 184–187.
24. Nuland, Sherwin B. 1994. *How We Die: Reflections on Life’s Final Chapter*. New York: Vintage Books.

25. Nuland, Sherwin B. 1996. „The Doctor’s Role in Death“. U *Facing Death: Where Culture, Religion, and Medicine Meet*, ur. Howard M. Spiro et al. New Haven – London: Yale University Press, 38–43.
26. Palgi, Phyllis, i Henry Abramovitch. 1984. „Death: A Cross–Cultural Perspective“. *Annual Reviews in Anthropology* 13:385–417.
27. Rajković, Zorica. 1988. *Znamenje smrti*. Rijeka – Zagreb: Izdavački centar Rijeka – Zavod za istraživanje folklor.
28. Ramšak, Mojca. 2007. *Družbeno–kulturne podobe raka dojke v Sloveniji*. Ljubljana: Europa Donna.
29. Rihtman–Auguštin, Dunja. 1988. *Etnologija naše svakodnevice*. Zagreb: Školska knjiga.
30. Salajpal, Tereza. 2004. *Darovane spoznaje: O umiranju*. Zagreb: Alinea.
31. Seale, Clive. 1998a. *Constructing Death: The Sociology of Dying and Bereavement*. Cambridge: Cambridge University Press.
32. Seale, Clive. 1998b. „Theories and Studying the Care of Dying People“. *British Medical Journal* 317:1518–1520.
33. Selwyn, Peter A. 1996. „Before Their Time: A Clinician’s Reflections on Death and AIDS“. U *Facing Death: Where Culture, Religion, and Medicine Meet*, ur. Howard M. Spiro et al. New Haven – London: Yale University Press, 33–37.
34. Sontag, Susan. 1979. *Illness as Metaphor*. New York: Vintage Books.
35. Streets, Frederick J. 1996. „Bearing the Spirit Home“. U *Facing Death: Where Culture, Religion, and Medicine Meet*, ur. Howard M. Spiro et al. New Haven – London: Yale University Press, 180–183.
36. Turner, Victor. 1967. „Betwixt and Between: The Liminal Period in Rites de Passage“. U *V. Turner: The Forest of Symbols: Aspects of Ndembu Ritual*. Ithaca – London: Cornell University Press, 93–111.
37. van Gennep, Arnold. 2004. „The Rites of Passage“. U *Death, Mourning, and Burial: A Cross–Cultural Reader*, ur. Antonius C. G. M. Robben. Malden (MA) et al.: Blackwell Publishing, 213–223.
38. Wandel, Lee Palmer. 1996. „Defining a Life: The Western Tradition“. U *Facing Death: Where Culture, Religion, and Medicine Meet*, ur. Howard M. Spiro et al. New Haven – London: Yale University Press, 1–15.

PRILOG 2

Ispit: studenti trebaju napisati rad na temu: Priča moga pacijenta (stvaran slučaj kojem sam svjedočio tijekom svoje studentske prakse)

Rad treba biti pisan slovima Times New Roman veličine 12 s proredom 1,5 na tri stranice.

PRILOG 3

Dodatna literatura za one koji žele znati više:

1. Batinić A. Liječnici pisci u hrvatskoj književnosti od Dimitrije Demetra do danas. HAZU, 2007.
2. Henry R. Gifts of grief: performative ethnography and the revelatory potential of emotion. *Qualitative Research* 201; 12(5): 528–539.
3. Kottow AR, Kottow MH. The disease-subject as a subject of literature. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine* 2007, 2:10 doi:10.1186/1747-5341-2-10.
4. Matijašević Ž. Uvod u psihoanalizu: Edip, Hamlet, Jekyll/Hyde. Zagreb: Leykam international; 2011.
5. McCarthy J. Principlism or narrative ethics: must we choose between them? *J Med Ethics; Medical Humanities* 2003;29:65–71.
6. Young A. Anthropologies of illness and sickness. *Ann.Rev. Anthropol.*1982; 11:257-85.