

Smisao i najvažnije praktične implikacije socijalnog diskursa zdravlja i bolesti

Živka Staničić
Medicinski fakultet
Sveučilište u Splitu
Split, Hrvatska

Pregledni članak
UDK: 61:17
Priljeno: veljača 2002.

Cilj je ovoga rada opovrći pozitivistička shvaćanja, ne samo u prirodnim već i u socijalnim znanostima, po kojima su intelektualni i tehnički sadržaji moderne medicinske znanosti – njezini koncepti, činjenice, metode – “čisto” empirijske, prirodnoznanstvene.

U suprotnosti spram toga prevladavajućeg stava, polazi se od tvrdnje da u proučavanju zdravlja i bolesti valja primijenjivati bitno metodologijsko načelo “dvostrukog diskursa”, koje uključuje prirodnoznanstveni ali i socijalni diskurs kao jednakovrijedne. Tek u okviru sadržajno-disciplinarno različitih, ali bitno komplementarnih načina proučavanja (jedan prirodnoznanstveni a drugi socijalni), otvaraju se brojni putovi za plodno i mnogostruko istraživanje zdravlja i bolesti.

Obveza da se o zdravlju i bolesti, uz biomedicinski referentni sustav, raspravlja i u okviru socijalnoga referentnog sustava, određena je najmanje dvjema bitnim činjenicama: čovjek je po prirodi “neprirodan”; velik dio čovjekova biologijskog bivstvovanja podliježe stalnom društvenom uplitanju, što znači da su “egzistencijalne” osnove zdravlja i bolesti izvanmedicinske.

U zaključnom dijelu rada navode se neke strukturne osobine i funkcije socijalnog diskursa zdravlja/bolesti koje ga bitno razlikuju od prirodnoznanstvenog. Za razliku od prirodnoznanstvenoga diskursa, socijalni diskurs zdravlja/bolesti otvara prostor za afirmaciju potreba najvećeg broja ljudi koji se nalaze izvan tokova medicinsko-profesionalnog i/ili političkog odlučivanja, tj. dovodi do demokratizacije područja zdravstva.

Najvažnije implikacije socijalnog diskursa valja očekivati u većoj “produktivnosti” suvremenog liječnika; sasvim je sigurno da suvremeni liječnik, polazeći isključivo od biomedicinskog diskursa, nije više u dovoljnoj mjeri kompetentan ni u razumijevanju a još manje u liječenju mnogih bolesti koje prevladavaju u suvremenom društvu. Upravo zato je iznimno važno da suvremeni liječnik što prije shvati intelektualnu vrijednost socijalnog diskursa u svome svakodnevnom djelovanju.

Ključne riječi: načelo “dvostrukog diskursa”, biomedicinski diskurs, socijalni diskurs, implikacije socijalnog diskursa, demokratizacija zdravstva, bolesnikova prava.

PRELIMINARNA OBRAZLOŽENJA: O NAČELU “DVOSTRUKOG DISKURSA”

Držimo neophodnim ovaj prilog započeti jednim uvodnim, metodologijskim razmišljanjem: ukoliko je neku pojavu, piše Henri Poincare, moguće objasniti na jedan način, bit će je moguće, objasniti i na veći broj drugačijih načina kadrih ništa manje od prvog rasvijetliti prirodu pojave o kojoj je riječ. (Citirano prema Devereux, 1990.:11). Navedeni Poincareov bitni metodologijski naputak Devereux dalje zaoštava, napominjući da u izučavanju svake pojave u čovjeka (ali, jasno, ne i jedino u tome) koja je “objašnjena samo na jedan na-

čin”, ta pojava “takoreći nije uopće objašnjena”. Drugim riječima, objasniti neku pojavu u čovjeka “samo na jedan način” zapravo znači, decidan je Devereux, da tu pojavu nije moguće “u potpunosti eksploatirati, i to čak i na-dasve onda kad je prvo objašnjenje čini savršeno razumljivom, podvedenom pod nadzor i predvidljivom u navlastito njoj svojstvenom referentnom okviru” (isto, 11–12).

Ako u proučavanju neke “pojave u čovjeku” navedenu metodologijsku postavku/naputak bez ostatka valja slijediti, onda je to upravo “pojava” zdravlja/bolesti. Istraživanje zdravlja/bolesti u navlastito medicinskom kontek-

stu ne oslobađa nas obveze proučavanja istoga predmeta "i na neki drugi način, tj. u okviru drugačijeg referentnog sustava" (Devereux, 1990.:11).¹

Svaka rasprava o zdravlju/bolesti, dakle, potrebuje "dvostruki diskurs",² "od kojih svaki ponaosob mora (barem u načelu) biti izrečen, iako sâm dvostruki diskurs nikada ne može biti izrečen (čak niti 'mišljen') istodobno (u glavi istog istraživača) premda između njih postoji odnos komplementarnosti" (*isto*, 12). Spomenuti autor načelo "dvostrukog diskursa" razumije kao ono koje "isključuje svaku 'interdisciplinarnost' koja dopunjuje, pretapa, stapa ili uspoređuje – kraće rečeno, svaku disciplinu 's povlakom', odnosno, simultanu disciplinu" (*isto*, 12). Drugim riječima, "nasuprot tradicionalnoj interdisciplinarnosti upotrebljivoj samo na donekle grubo praktičnoj razini, stavljam nefuzionirajuću i 'nesimultanu' pluridisciplinarnost-pluridisciplinarnost 'dvostrukog diskursa'" (*isto*, 13).

Sve se više ističe kako, upravo danas, zdravlje/bolest treba smatrati "multisektorskim područjem". Takva teorijsko-metodička pozicija nalaze da, prije svega, stvorimo novi tip liječnika, liječnika s dobrim poznavanjem antropologije, sociologije, političkih znanosti, epidemiologije, marketinga, administracije, komunikacije, prava; jednom riječju, trebamo "univerzaliste" a ne samo "tehničare" (Basch, 1990.). Definitivno je prošlo vrijeme u kojem je svaki "znanstveni predmet proučavan više-manje odvojeno", vrijeme u kojem su "fiziolozi proučavali tijelo, sociolozi društvene skupine, inženjeri mehaničke sustave. Svaka je disciplina pak imala svoje teorije i svoja shvaćanja, koji su bili vrlo slabo povezani s pronalascima unutar drugih disciplina" (Russell, 1989.:24).

Kada je riječ o proučavanju zdravlja i bolesti, zahtjev za primjenom "dvostrukog dis-

kursa" valja interpretirati kao zahtjev za ukazivanjem na mogućnosti, ali time nužno, i na granice proučavanja zdravlja/bolesti u strogo medicinskom, prirodnoznanstvenom diskursu. Riječ je o zahtjevu da se ukaže ne samo na bitna kognitivna ograničenja biomedicinskog diskursa (koji počiva na induktivnoj logici i principu kauzalnosti kao jedinjoj formi objašnjenja) već i na ograničenost čisto empirijske istraživosti zdravlja i bolesti. Drugim riječima, radi se o načelu koje strogo vodi računa da "Galilejev zahtjev 'Sve što je mjerljivo, mjeriti, a što nije mjerljivo učiniti mjerljivim' nailazi na granicu jer se barem neki aspekti čovjekova bitka načelno uskraćuju mjerenju" (Hofstetter, 1997.:18).

Zaključno se pitanje primjene "dvostrukog diskursa" u proučavanju zdravlja i bolesti daje sažeto formulirati: zdravlje/bolest nisu "zauvijek osiguran posjed egzaktne prirodne znanosti" (Heisenberg, 1998.). Naime, to što biologija, kemija, fiziološka kemija uspijevaju čovjeka prirodnoznanstveno istražiti kao organizam, ne znači da je u tom prirodnoznanstvenom razjašnjenju sadržano ukupno razumijevanje uzroka bolesti i njezina liječenja. Tek u okviru sadržajno-disciplinarno različitih (ali komplementarnih) načina promatranja zdravlja/bolesti (jedan izrazito prirodnoznanstveni a drugi socijalni) otvaraju se brojni putevi za njihovo plodonosno i mnogostruko istraživanje. Stoga primjena "dvostrukog diskursa" ima za cilj nadopunu/proširenje prirodnoznanstvenog diskursa (koji čovjeka zahvaća samo kao "živo biće"), socijalno-znanstvenim diskursom (koji čovjeka nastoji zahvatiti kao "ljudsko biće"),³ jer je čovjek, po prirodi, "neprirodan".⁴

Sasvim je, naime, jasno da se u strogomedicinskom "referentnom okviru" pojmovi "zdravlje" i "bolest" ne čine "savršeno razumljivima."

¹ Cifrić drži da "moderne znanosti danas moraju raditi na izgrađivanju međusobnih odnosa i veza na zajedničkim poimanjima nekih fenomena i procesa" (Cifrić, 1989.:65). Moderne znanosti danas idu prema jedinstvu (Poincare). One su na to jedinstvo naprosto prisiljene jer je "stvarnost fizičkog svijeta", pa i stvarnost čovjekovih bolesti i zdravlja, "odviše složena da bi se mogla obuhvatiti samo jednim objašnjenjem" (Attali, 1984.:12).

² Pojam "diskurs" je veoma inkluzivan pojam: ponekad služi kao oznaka za aktualni govor ili tekst ali se češće koristi (a u tome ga značenju i mi koristimo) kao oznaka za koherentni sistem značenja (npr. biomedicinski diskurs). Pojam "diskurs", dakle, koristi se kao zamjena za veći broj dobro poznatih pojmova: skup ideja, koncepata i vjerovanja koji sačinjavaju znanje ili općeprihvaćeni pogled, paradigma... Diskurs predstavlja značajan okvir kako za razumijevanje socijalnog života tako i za djelovanje unutar njega (Bilton, et al., 1997.:414).

³ Heidegger, 1996.

⁴ Plessner, 1986.

KRATKA POVIJEST NASTANKA SOCIJALNOG DISKURSA O ZDRAVLJU I BOLESTI

Iako je socijalni diskurs o zdravlju/bolesti bio prisutan još u antičkom dobu, njegovi širi i čvršći temelji postavljeni su tek u 19. stoljeću, kada su na osnovi dokumentiranih uvida o tome da je upravo socijalna bijeda uzročnik mnogih bolesti – liberalni liječnici, socijalni reformatori, humanisti i filozofi – energično zahtijevali da zdravlje i bolest postanu središnjim problemom, briga i odgovornost društva. Smatralo se da je glavni zadatak medicine i liječnika intervenirati u socijalni i politički život, kako bi se otklonili neravnopravni socijalni uvjeti koji ugrožavaju život nižih klasa.

Bilo bi, međutim, pogrešno misliti kako su sve te mjere nastale isključivo kao izraz nabujaloga humanističkog sentimenta 19. stoljeća. Kolikogod pomno izabrani i sročeni, humanistički postulati ne uspijevaju prikriti čisto utilitarne motive i namjere. Iako ih nalazimo situirane u širem kontekstu pokušaja afirmacije koncepta o usavršavanju čovjeka, borbe za osnovna ljudska prava (pravo na život, bolje rečeno, pravo na minimalne uvjete potrebne za život, slobodu, vlasništvo...), teorijsko-idejnu osnovu socijalne reforme toga vremena oni crpe iz teze koju na pregnantan način 1848. godine artikulira Simon: "Fizička snaga nacije spada u red najvažnijih faktora nacionalnog prosperiteta" (cit. prema Baschu, 1990.:23).

Jasno je, dakle, da su glavne pobude socijalnih mjera, upravljenih k otklanjanju mnogobrojnih nezdravih uvjeta života, mnogo proučajnije nego što to na prvi pogled izgleda.

Eksplicirat ćemo još jednu postavku koja se iz početne, Simonove teze, daje vrlo jednostavno izvesti: jedan od osnovnih zadataka države jest zaštita imovine ljudi. Kako najveći dio populacije u to vrijeme (a situacija se, u tom pogledu, za mnoge ljude još uvijek nije bitno izmijenila!) posjeduje samo jednu imovinu, svoju radnu snagu, koja je na presudan način determinirana njihovim zdravljem, prvenstvena dužnost države je zaštita zdravlja ljudi kao njihova najvrijednijega vlasništva. Ako je,

drugim riječima, "svrha države da unapređuje sveukupno blagostanje ljudi, onda nema ni malo sumnje da zaštita zdravlja mora biti izdan od primarnih zadataka vlade" (Milton and Roemer, 1960.:69).

Budući je industrijsko društvo ustrojeno oko uspješnog rada, sve ono što bi moglo ometati radnikovu djelatnost izdvaja se i postaje predmetom posebne društvene brige/odgovornosti. Upravo od tog vremena (sredina 19. stoljeća), svugdje u Europi socijalne/zdravstvene nejednakosti postepeno se, sve širim i širim vladinim intervencijama, počinju ispravljati. Počinje se shvaćati da je zdravlje radnika nužan preduvjet za djelotvornu industrijsku proizvodnju. U zdravlju/zdravstvenoj kondiciji stanovništva po prvi put se jasno vidi "bitan dio snaga Država". (Foucault, 1990.). Upravljanje tim stanovništvom iziskuje, među ostalim, takvu zdravstvenu politiku koja će biti sposobna "smanjiti smrtnost djece, spriječiti epidemije i postići opadanje endemijskih bolesti, intervenirati u uvjetima života kako bi ih izmijenila i nametnula im norme (bilo da se radi o ishrani, o stanovanju ili o uređenju gradova) i osigurati zadovoljavajuću medicinsku opremu. Razvoj onoga što je od polovine XVII. stoljeća nazivano *Medizinische Polizei* (njem. – medicinska policija), *Hygiene publique* (fran. – javna higijena), *social medicine* (eng. – socijalna medicina) mora se ponovo ucrtati u opći okvir jedne 'bio-politike': ta politika nastoji sa 'stanovništvom' postupati kao sa skupom živih i koegzistirajućih bića koja posjeduju posebna biološka i patološka svojstva i koja, prema tome, zahtijevaju specifična znanja i tehnike. A sama ta 'bio-politika' treba biti shvaćena na osnovu jedne teme, razvijane još od XVII. stoljeća: upravljanja društvenim snagama" (Foucault, 1990.:88–89).⁵

Prema tome, najmanje od sredine 19. stoljeća pojam zdravlja postaje vodećim pojmom u području politike, morala, ekonomije, što znači da on postaje implicitno mjerilo za jednakost, pravdu, emancipaciju, kao i implicitno mjerilo za napredak društva u cjelini. (Povezivanje socijalnog koncepta zdravlja i ideje progressa perzistira u zapadnoj intelektualnoj tradiciji i, još uvijek, predstavlja osnovu moderne ideje progressa).⁶

⁵ Istu tezu Foucault razrađuje i u knjizi *Znanje i moć* (1994.).

⁶ O povezanosti ideje napretka i perfektabilnosti čovjeka govori i vrlo zanimljiva studija Lowitha *Svjetska povijest i dogadanje spasa*. Posebno je instruktivna njegova analiza razlika u poimanju napretka između Condorceta i Comtea.

O takvoj orijentaciji najbolje nam svjedoči sintetički iznesena tvrdnja poznatog znanstvenika na području medicine i opće biologije, Virchow. On kaže "Medicina je socijalna znanost i politika nije ništa drugo do medicina na širem planu".

Zahtjev o neophodnosti povezivanja medicine i socijalnih znanosti najznačajnije je iskazano u Neumannovoj tezi iz sredine 19. stoljeća; a ona glasi: "Medicinska znanost je istinsko, pravo i esencijalno socijalna znanost i sve dok se to ne bude shvatilo mi nećemo biti u mogućnosti ostvariti njezine koristi nego ćemo se morat zadovoljiti praznom ljuskom i prevarom" (Neumann, cit. prema Freeman i Levine, 1989.:39).

Socijalni diskurs zdravlja/bolesti (a time nužno i medicine) postao je u toku 19. stoljeća bitan, sastavni dio idejnoga svijeta građanskog društva u tolikoj mjeri da se (o čemu u to vrijeme nije bilo dvojbe) u skoroj realizaciji ideje socijalne medicine vidio temelj, ali i jamstvo ekonomskoga/socijalnog prosperiteta društva u svim njegovim pojavnim oblicima.

U suvremenim okolnostima, za većinu je zemalja zdravstvena politika postala ključnim pitanjem. Jedni razlog tome vide u povećanju troškova za zdravstvenu zaštitu i ostale aspekte socijalne države, ali i sve manjim mogućnostima da se tim potrebama na dosadašnji način udovolji. Drugi više ističu ideološke faktore: promjenu normi i vrijednosti unutar političke misli, koja ima sasvim drugačija shvaćanja o ulozi socijalnih usluga, poput zdravstvene zaštite u suvremenom društvu. U najnovije vrijeme sociolozi smatraju da proliferaciju rasprava o zdravlju uzrokuju kulturni faktori.⁷

O RAZLOZIMA ZA "DVOSTRUKI DISKURS": SOCIJALNA OSNOVA ZDRAVLJA, BOLESTI I MEDICINE

Obveza (a ne tek puka mogućnost) da se, kada je riječ o zdravlju/bolesti (uz biomedicinski) uvodi i socijalni diskurs, nameće se činjenicom da je čovjek po prirodi "neprirodan", da je čovjekovo zdravlje/bolest socijalno određeno, da od trenutka rođenja čovjekov organski razvoj, "a zapravo i velik dio njegovog biološkog bivstovanja kao takvog, podliježu stalnom društvenom određenom

uplitanju" (Berger, Luckmann, 1992.:69). Iako tvrdnja o tome da zdravlje i bolest imaju "socijalnu" osnovu, na prvi pogled može djelovati kao još jedan primjer sociološke arogancije koja na svakom koraku, i puno više nego što je to vjerodostojno i nego je razborito prihvatiti, pronalazi socijalno "uplitanje", mi njome samo izričito ustrajavamo na slijedećem: zdravlje/ bolest nisu tek puka prirodna, biološka činjenica/pojava. Veza između duše, tijela i društva davno je uočena. Unatoč tome, suvremena medicina još uvijek ne sagledava socijalne (kao i psihološke) činioce kao uistinu važne u određenju zdravlja/bolesti. Takvo se odbijanje obrazlaže krajnje dubioznom tvrdnjom: socijalni i psihološki činioci, "za razliku od virusa, bakterija, radijacija, kemijskih supstanci..., nisu 'stvarni', a to znači da nisu mjerljivi, materijani, opipljivi" (Freund i McGuire, 1991.:74).

Međutim, velik broj autora ukazuje na činjenicu da u nastanku bolesti, socijalni činioci ne predstavljaju sporedan već bitan uzrok. Iz mnoštva takvih stavova izdvojiti ćemo tek neke koji pružaju očiglednu potporu našoj osnovnoj tezi: egzistencijalne su osnove zdravlja/bolesti vanmedicinske (Gorz, 1982.); bitne značajke društvene strukture, cjelokupne okoline (fizičke, društvene, političke), određuju uglavnom tipove bolesti od kojih će najčešće bolovati izvjesne zajednice; promjene u načinu života i tehnologiji djelomično su odgovorne za pojavu degenerativnih bolesti koje karakteriziraju našu civilizaciju (Dubos, 1965.); svaki populacijski pokret, svaka politička promjena, rat ili tehnološki razvoj na određen način ostavljaju traga na stanje zdravlja (Basch, 1990.); zdravlje/bolest supstancijalno ovise o odlukama društva te konstelaciji društvene moći, koje su čvrsto izvan bilo kakve kontrole pojedinca (Mechanic, 1995.).

Tuckett je čvrsto uvjeren da socijalni procesi igraju važnu ulogu u etiologiji kako fizičkih tako i mentalnih bolesti (Tuckett, 1980.).

Potkrepu našoj osnovnoj tezi nalazimo i u Bergera i u Luckmanna. Ovi autori, osim što (poput mnogih drugih) ukazuju da je bolest nadindividualna, na pregnantan način uspjevaju ukazati na zamršeni, dijalektični odnos koji postoji između "bioloških činilaca organizma", s jedne strane, i društva, s druge

⁷ Iako nužan, kritički će osvrt na iznesene stavove ovdje biti izostavljen, zato što bi takav osvrt bitno izlazio iz okvira naše osnovne teze i strategije argumentiranja.

strane. Po njima: "Biologijski činioči ograničavaju raspon socijalnih mogućnosti otvorenih bilo kojem pojedincu, ali socijalni svijet, čija egzistencija prethodi svakom pojedincu, sa svoje strane nameće ograničenja onome što je za organizam biologijski moguće" (Berger, Luckmann, 1992.:209).

Najbolja ilustracija društvenih ograničenja biologijskih mogućnosti organizma, po mišljenju ovih autora, jest dugovječnost. Nema sumnje, očekivano trajanje života "varira prema društvenom smještaju", a ta se nepodudarnost između očekivanog trajanja života pojedinca iz niže, odnosno iz više klase, očituje čak i u suvremenom američkom društvu (Berger, Luckmann, 1992.).

Sabirući sve navedene stavove, bez teškoća se daje zaključiti kako je upravo društvo to koje "određuje koliko dugo, i na koji način, pojedinačni organizam ima živjeti" (Berger, Luckmann, 1992.:209).

PORICANJE VRIJEDNOSTI SOCIJALNOG DISKURSA U OKRUŽENJU SUVREMENE MEDICINE

Nesumnjiv napredak u otkrivanju mnogih bolesti i njihova učinkovitog liječenja (do kojega je došlo zahvaljujući upravo razvoju biomedicinske paradigme/diskursa), pomutili su, a naposljetku i potpuno obezvrijedili važnost socijalnog diskursa zdravlja/bolesti. Činjenica da medicina sve više raspolaže obilnim "dokaznim materijalom" (otkrivajući specifičnih uzročnika mnogim bolestima i metoda njihova manje-više uspješnog liječenja) definitivno je išla u prilog razvoju samo jednoga prirodnoznanstvenog diskursa. S jedne strane "proizvodnost" biomedicinskog diskursa (uspješno liječenje brojnih, uglavnom zaraznih bolesti), te činjenica da je jasno ukazivanje na socijalne čimbenike kao uzročnike bolesti u najmanju ruku politički neoportuno, a vrlo često i subverzivno,⁸ s druge strane, za neposrednu posljedicu imao zanemarivanje pa i odbacivanje činjenice da i socijalni i prirodnoznanstveni diskurs o bolestima predstavljaju jednu nedjeljivu cjelinu. U tim su okolnostima procesi divergencije medicine i socijalnih znanosti sve više izraženi.

Još uvijek prilično uspješno obezvređivanje socijalnog diskursa vrši se na osnovi dvaju gledišta koja se međusobno pothranjuju.

Stvara se dogma o tome da socijalni diskurs ima vrijednost samo u okolnostima nerazvijenoga prirodnoznanstvenog diskursa

Ova prva, u suvremenoj tehničkoj medicini gotovo općeprihvaćena, reducirana i iskrivljena predodžba, zasniva se na stavu da prirodnoznanstveni i socijalni diskursi nisu jednakovrijedni te da odnos među njima ne može biti odnos organske supripadnosti.

Navedenu ćemo tvrdnju najbolje pojasniti uz pomoć sljedećeg primjera: zasigurno nema studenta javnog zdravstva koji nije čuo priču o pumpi u Broad Streetu u Londonu. Riječ je o događaju koji se zbilo 1854. godine a koji je Johna Simona, poznatoga viktorijanskog kirurga, "preobratio" u javnoga zdravstvenog liječnika. Simon je, na osnovi pažljive analize stope smrtnosti po pojedinim područjima, uočio pojavu kolere, a uzročnik joj je kontaminirana voda kojom su se ljudi snabdijevali iz jedne pumpe. Uklanjanjem pumpe, zaraza je bila zaustavljena (Bury, 1997.).

Poanta ove paradigmatične priče je sljedeća: čak i onda kada aktualni uzročnici nisu poznati, kao što je to u navedenom slučaju s kolerom, pažljiva analiza *patterns of disease* (Bury, 1997.) može voditi do identifikacije i implementacije preventivnih mjera.

Ovaj slučaj primjene socijalnog diskursa zdravlja/bolesti poslužio je, nažalost, kao podloga za izvlačenje krivih zaključaka: socijalni diskurs ima smisla i vrijednost samo u okolnostima u kojima ne postoji razvijen prirodnoznanstveni ili biomedicinski diskurs. Proizlazi da je socijalni diskurs u proučavanju zdravlja/bolesti opravdano koristiti samo onda kada se biološki/kemijski agensi u potpunosti ne poznaju ili se uopće ne poznaju.

Na tragu takvih zaključaka u suvremenim okolnostima među scijentistički orijentiranim liječnicima, a takvih je sve više, vlada gotovo nepodijeljeno dogmatsko mišljenje o tome da socijalni diskurs nema vrijednost po sebi nego samo kao zamjena (jasno, uvijek loša) za prirodnoznanstveni diskurs. Proizlazi da, u okruženju razvijene medicinske znanosti i teh-

⁸ Što samo dokazuje da na prihvaćanje neke teorije/diskursa snažan utjecaj imaju i izvanjski čimbenici – ideologija ili prevladavajući duh vremena.

nologije, socijalni diskurs zdravlja/bolesti znači svojevrsan teorijsko-metodologijski anakronizam. Gotovo je samorazumljivo da se na odnos prirodnoznanstvenog i socijalnog diskursa gleda kao na obrnuto proporcionalan odnos: svaki, pa i najmanji napredak biomedicinskog diskursa automatski dovodi do uzamaka socijalnog diskursa. Drugim riječima, smatra se da u današnje vrijeme socijalni diskurs gubi bitku s pozitivizmom i racionalnošću prirodne, "čiste" empirijske znanosti.

"Neznanstveni" karakter socijalnog diskursa zdravlja/bolesti

U posljednje vrijeme negativan stav spram važnosti/vrijednosti socijalnog diskursa u proučavanju zdravlja/bolesti nerijetko prerasta u optužbe koje kulminiraju tvrdnjama da u osnovi socijalnog diskursa stoji neprijateljstvo spram znanosti i biomedicine općenito. Stoga se dešava da se svaki zahtjev za socijalnim diskursom nastoji prokazati kao zahtjev za odbacivanjem prirodnoznanstvenog diskursa. Hoće se stvoriti uvjerenje da je "logično" da onaj tko govori o ograničenjima biomedicinskog modela, bude optužen kao netko tko je u načelu protiv prirodne znanosti i tehnike. Gotovo da je svaki zahtjev za socijalnim diskursom prokazan kao izazov tehnici i prirodnim znanostima, i njihovu idealu objektivnosti. Prosuđujući ga po njemu neprimjerenom mjerilu, socijalni diskurs tako postaje izravan ekvivalent za "neznanstvenost". U svakom slučaju, inzistira se na nepomirljivoj suprotnosti između "znanstvenosti" biofizičkoga, "konkretno" – prirodnoznanstvenog diskursa i "neznanstvenosti" socijalnog diskursa. Iz navedenih razloga, a još uvijek nadmoćnom biomedicinskom paradigmatom "okruženju", zagovornicima socijalnog diskursa u proučavanju zdravlja/bolesti danas se, u najboljem slučaju kao "anakronizmu", suosjećajno čude ili, češće, izruguju im se jer, za razliku od biomedicinskog diskursa, socijalni diskurs, tobože, nije strogoznanstveno utemeljen.

Zagovornicima socijalnog diskursa se, sa svim pogrešno, imputira da svojim fokusiranjem na socijalne determinante zdravlja/bole-

sti, čovjekovoj tjelesnoj (biološkoj, kemijskoj, somatskoj, fiziološkoj...) strukturi pripisuju tek pasivnu, sporednu ulogu. Treba naglasiti kako zahtjev za socijalnim diskursom ne odbija potrebu/važnost prirodnoznanstvene "obrade" pitanja zdravlja/bolesti. Naprotiv, u temelju socijalnoznanstvenog diskursa stoji spoznaja da se određeni aspekti čovjekova zdravlja i bolesti ne mogu u potpunosti objasniti polazeći isključivo od prirodnih znanosti.⁹ Drugim riječima, **prirodnoznanstveni diskurs ili – kako bi to Husserl pomalo ironično ustvrdio – "puka znanost o tijelu" (Husserl, 1990.), sama po sebi još uvijek ne razumije ništa o bolesniku kao subjektu. Kada se, naime, bolesnik reducira na puki objekt promatranja, uzajamnost, sporazumijevanje, povjerenje između liječnika i bolesnika nestaje.**

ZAKLJUČNI KOMENTARI

Na završetku naših izvoda, nadasve je važno istaknuti sljedeće: analiza svakoga diskursa, pa prema tome i prirodnoznanstvenoga, nikada se ne odvija u "prostoru čiste kritike"; naprotiv, analiza je uvijek potaknuta "eklatantnošću samih stvari" (Sloterdijk), eklatantnošću anomalija, negativnih implikacija prirodnoznanstvenog diskursa. Predstoji nam da na neke od tih anomalija ukažemo.

Pouzdanje suvremene medicine isključivo u apsolutnu izvjesnost prirodnoznanstvene spoznaje o zdravlju/bolesti zapravo je sve slabije. Praktični uspjesi suvremene medicine sve su više upitni; ona, naime, ne uspijeva otkriti uzroke mnogim tzv. bolestima suvremene civilizacije, a još manje ih uspijeva liječiti. Etiološka slika bolesti koje danas pretežu u društvu znatno je kompleksnija od etiološke slike infektivnih bolesti u čijem se otkriću i liječenju prirodnoznanstveni diskurs pokazao izuzetno uspješnim. U sadašnjim okolnostima, prirodnoznanstvena paradigma/diskurs ne pokazuje se više prikladnim modelom niti u području dijagnosticiranja niti u području tretmana suvremenih bolesti (kardiovaskularne bolesti, maligna oboljenja, alergije, bolesti respiratornog sustava, razne ovisnosti, psihička oboljenja, kronične bolesti...)¹⁰ Navedena te-

⁹ Sporadična nastojanja suvremene medicine da u dijagnozi pronađe socijalne korijene bolesti, više je izraz njezina "kompromiserskog" fingiranja nego dokaz istinskog htjenja za bitnim paradigmatim pomakom.

¹⁰ Na početku 20. stoljeća, 40 od 100 bolesnika umiralo je od akutnih oboljenja. Godine 1980. ta su oboljenja činila svega 1% uzroka smrtnosti. S druge strane, proporcija onih koji su umrli od kroničnih bolesti u istom je periodu porasla od 46% na više od 80%. Drugim riječima, liječenje, u izvornom medicinskom smislu, postaje sve više iznimka (Beck, 1992.:204–205).

za, koja u našim analizama ima status ishodišne točke a ne tek provizorne pretpostavke, može se iznijeti i u zaoštrenijem obliku: npr. cijeli niz štetnih posljedica koje prirodnoznanstveni/biomedicinski diskurs u posljednje vrijeme sve više generira, u značajnoj mjeri diskreditira tu paradigmu (Hosle, 1996.:46).¹¹ Unatoč tome, u suvremenom ("postindustrijskom", "tehnotronom"...) društvu prevažno ipak ima ona struja mišljenja po kojoj sveukupnu problematiku zdravlja/bolesti valja ostaviti, u tradicionalnom smislu, korpusu prirodnih znanosti.

Upravo zato, treba nam jednoznačan odgovor na pitanje ima li, u suvremenim okolnostima "tehničke" medicine (jer medicinska je znanost sve više moguća samo putem tehnike), socijalni diskurs zdravlja/bolesti uopće još bilo kakvu vrijednost?

Iz svega dosada rečenoga, odgovor je jasno usmjeren: da, svakako ima. No obrazloženje našeg odgovora zahtijeva i neke prethodne naznake i analize. Zato podimo redom. Riječ je, prije svega, o tome da svaki diskurs uvijek predstavlja "preduhvat prakse" (Plesner, 1994.:61).

Budući da navedena teza nije sročena probabilistički (ona, naime, podrazumijeva da će manje-više automatski i manje-više u svim prilikama svaki diskurs zdravlja/bolesti značiti "preduhvat prakse"), držimo da socijalni diskurs ne predstavlja iznimku u tom pogledu. Naime, socijalni diskurs zdravlja/bolesti uspostavlja "nove odnose" pa čak i "nove objekte". (Jacob, 1987.:21). Drugim riječima, socijalni diskurs nije puko akademsko/teorijsko cjepidlačenje bez i najmanjega praktičnog značaja; naprotiv, on ima temeljno važne specifične, strukturne osobine i funkcije (praktične implikacije) koje ga uvelike razlikuju od prirodnoznanstvenoga, biomedicinskoga.

Predstoji nam da pobliže raspravimo te "nove odnose" koje socijalni diskurs implicira.

Socijalni diskurs o zdravlju/bolesti sadržava temeljno saznanje: biološko u čovjeku ni-

kada se ne javlja u čistom, prirodnom obliku nego uvijek posredstvom socijalnoga, ekonomskoga, političkoga. Drugim riječima, zdravlje/bolest nije objektivno, izdvojeno "carstvo" neutralne fizičke stvarnosti i mehaničkih procesa; naprotiv, između njih i šire socijalne okoline postoji dinamička interakcija. Upravo zato, svaki pokušaj da se ljudski organizam /biološko/somatsko promatra izvana, /neovisno o društvu, tek je jedna proizvoljna apstrakcija. Socijalni diskurs zdravlja/bolesti je, naime, takav pristup koji ne gubi iz vida čovjekovo životno jedinstvo, ili kako bi to plastično rekao Sartre, "prostranstvo života". Drugim riječima, socijalni diskurs liječnicima, ali i svim drugim sudionicima u pružanju zdravstvene zaštite, daje sustavan okvir i jasno uputstvo za njihovo konkretno djelovanje, na način da medicinsku, "objektivnu" dijagnozu, i teorijski i praktično podupru "subjektivnom" dijagnozom ili "ekspanzionističkim" pristupom koji obuhvaća barem još "socijalnu" i "epidemiološku" dijagnozu (Gielen, A. C.; McDonald, E. M., 1997.). Važnost socijalne dijagnoze ogleda se u tome da se liječnik, imajući na umu uzajaman utjecaj zdravlja i socijalnih uvjeta života, u postavljanju dijagnoze ne drži strogo onoga što je "organsko" i što se, po definiciji, daje otkriti isključivo sofisticiranom tehnologijom, već da vodi računa i o širem socijalnom kontekstu u kojem se bolesnik nalazi. Svako dugotrajnije apstrahiranje od socijalnog koncepta zdravlja, upozorava nas Mehanic, prouzrokovalo bi pojavu jatrogenih bolesti kao direktnu i isključivu posljedicu liječnikovih propusta da razmatra socijalne činitelje kao integralan dio kliničkog prosuđivanja (Mehanic, 1995.).¹² Attali drži da raka ni po etiologiji ni po terapiji ne pripada sklopu medicine (Attali, 1992.). U suvremenim istraživanjima etiologija raka se pronalazi u kontekstu slijedećih faktora: zagađenje okoline, aditivi, konzervansi u hrani, stres, anksioznost... (Blair, 1995.).

"Epidemiološka" dijagnoza koristi postojeće podatke vitalne statistike, koristi državna

¹¹ Pokušaji "popravljanja" biomedicinskog modela nisu rijetkost u posljednje vrijeme. Ne dovodeći u pitanje korisnost biomedicinskog modela, ali potpuno svjesna njegovih ograničenja, Yardley drži da konceptualnom proširenju puno više odgovara termin "materijalan" diskurs, budući da se u okviru toga diskursa ne posvećuje samo pozornost fizičkim obilježjima čovjekova života, što uključuje čovjekovo tijelo i tjelesne aktivnosti (biomedicinski model), nego se vodi računa i o čovjekovoj okolini, institucijama, tehnologiji i artefaktima (Yardley, 1997.).

¹² Zanimljivo je da se gotovo svi liječnikovi propusti, pogreške u dijagnosticiranju i tretmanu (što prouzrokuju ne samo jatrogene bolesti već, nerijetko, i bolesnikovu smrt, o čemu naša javnost u posljednje vrijeme sve više saznaje), sagledavaju isključivo kao liječnikove "tehničke", "mehaničke" pogreške, ali ne i u svjetlu liječnikova nesagledavanja socijalnih aspekata bolesti.

zdravstvena izvješća i sl. Na osnovi njihovih podataka ustanovljavaju se indikatori o morbiditetu i mortalitetu u populaciji, na temelju čega se mogu specificirati podgrupe s povećanim zdravstvenim rizikom. Karakteristike ovih podgrupa uključuju dob, spol, pripadnost etničkoj zajednici, zanimanje, stupanj obrazovanja, zaradu, strukturu obitelji, geografsku lokaciju... (Gielen, A. C.; McDonald, E. M, 1997.:365). Na osnovi svih tih uvida liječnik, u djelokrugu svoga rada, postavlja prioritete odnosno programatske ciljeve u provođenju zdravstvene zaštite. Ova, tako važna činjenica, najbolje nam ukazuje ne samo na besmislenost već i na (poglavito s aspekta bolesnika ali i s aspekta liječnika) pogubnost odluke naše aktualne vlade da se svakom liječniku, neovisno o epidemiološkoj dijagnozi, odredi isti broj recepata koje mogu izdati pacijentima, ili o broju uputnica za njihov daljnji pregled i liječenje kod specijalista. Svakom liječniku koji prekorači ovu krutu administrativnu mjeru, slijede sankcije u rasponu od "informativnih" razgovora, preko novčanih kazni pa sve do uskraćivanja daljnjeg rada.

Socijalni diskurs pruža jamstvo da se sustav zdravstvene zaštite u cjelini neće ustrojiti na principima/zakonomima tržišne ekonomije. Ovoj tezi nužno slijedi kratka eksplikacija. S usponom tržišta u 19. stoljeću, ekonomska sfera sa svojim zakonima potpuno je zagospodarila društvom, prisiljavajući druga područja da funkcioniraju prema njezinim zakonima (Polanyi, 1999.). Drugim riječima, model ekonomije i njezina bitnog načela racionalizacije postepeno se, ali jednako obvezujuće, nastoji primijeniti na svim područjima društvenog života, ne mimoilazeći i medicinu, liječnikovo djelovanje i sustav zdravstvene zaštite. U svim ovim područjima uspostavlja se sve veća kontrola, s imperativnim ciljem postizanja što veće učinkovitosti, predvidljivosti i mjerljivosti rada (Ritzer, 1999.). Prema tome, jasno je uočljiva strategijska nakana koja liječnike svugdje u suvremenom svijetu, pa i u nas, hoće učiniti "radnicima". Osnovna značajka "racionalizirane medicine" jest uvođenje pojačane

vanjske kontrole liječnikova rada, što znači da liječnik sve više gubi autonomiju u svom radu (dodajmo ovome već spomenuto ograničavanje u izdavanju recepata i uputnica specijalistima; riječ, dakle, o kontroli/reviziji već postavljenih dijagnoza.). Malo tko je pružio tako decideranu i točnu dijagnozu krize u kojoj se već dugo nalaze sustavi zdravstvene zaštite u gotovo svim manje-više razvijenim zemljama, kao što je to učinio Attali. Po njegovom mišljenju, uzroci krize nisu primarno u činjenici porasta troškova za zdravstvo, nego u činjenici da ta vrsta rashoda nije "profitabilna", da *input* nije ni približno jednak *outputu*.¹³ Riječ je, naglašava Attali, o potpuno krivoj pretpostavci da će sva ulaganja u zdravstvenu zaštitu dovesti, i to u rekordno kratkom vremenu, do spektakularnih rezultata. Umjesto toga, svjedoci smo činjenice da se zdravstveno stanje populacije rapidno pogoršava. Attali nas s pravom upozorava na jednu važnu činjenicu: "proizvodnost" zdravstva se "po prirodni stvari ne može povećati: ne može se skratiti vrijeme potrebno da se proizvedu ljudi" na jednak način kao što se to (skraćivanje vremena) može postići kada je riječ o proizvodnji bilo koje robe (Attali, 1984.). Nastave li se započeti procesi racionalizacije sustava zdravstvene zaštite (a imajući na umu aktualne reforme vlada mnogih zemalja, među kojima i naše), u konačnici će doći do osjetnog smanjivanja kvalitete zdravstvene zaštite za većinu stanovništva. Hoće li pritom doći i do željenog smanjivanja troškova za zdravstvenu zaštitu, tek će se vidjeti. Socijalni diskurs predstavlja branu svim ovakvim pokušajima "fragmentacije" zdravstvene zaštite (Cochrane, 1998.), jer on polazi od toga da načelo racionalizacije nije, barem ne u potpunosti, aplikativno na sva područja društvenog života, a posebno ne na medicinu, liječnikovu djelatnost i sustav zdravstvene zaštite. Uostalom, treba znati da se ne može "u biti" liječnikova djelovanja "racionalizirati" ono što pojedini radnik čini, jer je riječ o egzistencijalnom opstanku", jer liječnik, a slično je i sa svim djelatnostima koje imaju atribut poziva, "služi ljudskoj individualnosti".

¹³ Zamjetna je sličnost strategije argumentacija kojima se služi Illich i kreatori suvremenih reformi zdravstvenog sustava svugdje u svijetu. Illich, naime, tvrdi da je pogrešno očekivati da će se stupanj zdravlja svakoga pojedinog čovjeka i dalje "popravljati razmjerno novcu koji budu trošili na medicinske usluge" (Illich, 1976.). Konzekvenca ovoga stava jest da medicinu, odnosno instituciju zdravstvene zaštite treba "ukinuti", što ovaj autor izriječno i traži. Ponešto od tog "medicinskog ludizma" prisutno je u nekim reformskim zahvatima našega sustava zdravstvene zaštite: riječ je, prije svega, o uvođenju dopunškoga zdravstvenog osiguranja kojem je cilj prebaciti troškove za zdravstvenu zaštitu na one u kojih je otpor najmanji. Dakle, riječ je o primjeni "nove zdravstveno-političke paradigme" koja se sažima u sljedećem: "odgovornost za zdravlje ljudi nadilazi osiguranje zdravstveno-zaštitnog sustava" (Green, Thorogood, 1998.).

Nemoguće je, decidan je Jaspers, “osigurati bit rada prema radnom nalogu i objektivno dostatno izmjeriti faktičan učinak” (Jaspers, 1998.:64). Upravo socijalni diskurs stvara prostor za afirmaciju tipa liječnika koji će pokazivati genuinu brigu/skrb za bolesnika, koji će bolesnika pratiti u “kontinuitetu njegova životnog postanka”, jer je liječnik primarno pomagač u krajnje ozbiljnim stvarima i stanjima u životu čovjeka, od rođenja, smrti, boli, bolesti, patnji, ozdravljenju i slično.

Pod dominacijom biomedicinskog diskursa neprestano se širi “prostranstvo” liječnikove moći. Bitan sadržaj te moći ne proizlazi, kao što to na prvi pogled izgleda, iz “točnosti” biomedicinskog modela, već iz monopola koji liječnici/medicina imaju u upravljanju našim individualnim tijelima (“anatomska-politika”), s jedne strane, te tijelima *en masse* (“biopolitika”), s druge strane (Foucault, 1994.). Upravo zato medicinu uvijek treba promatrati u kontekstu širih struktura moći i kontrole (Bilton, et al., 1997.). Suprotstavljajući se biomedicinskom diskursu, socijalni diskurs otvoreno dovodi u pitanje njegovo dogmatsko stajalište – da je odnos bolesnika i liječnika “nepromjenljiv fenomen” (Bury, 1997). Neki sociolozi drže da je odnos između liječnika i bolesnika, zbog naglašene kontrole sa strane liječnika te vrlo male kontrole sa strane bolesnika, primjerenije nazvati “odnos laik-profesionalac” (Nettleton, 1994). Socijalni diskurs na najbolji način otvara mogućnosti za stvarno približavanje liječnika bolesniku. Prototip paternali-

stičkoga terapijskog odnosa, što ga je artikulirao Parsons u svom klasičnom djelu *Social System* (1951.), ne može više biti postavljen kao ideal, jer pasivna uloga bolesnika i dominantna uloga liječnika (asimetrija moći) više ne odgovara prirodni bolesnikove potrebe za tretmanom. Sve veće učešće kroničnih bolesti u populaciji suvremenih društava, dovodi do bitnog pomaka od bolesnikovih očekivanja u pogledu liječenja i zadovoljstva sa tretmanom, ka većem naglasku na “menadžmentu” zdravstvenih problema od strane liječnika ali i od strane bolesnika. Dugotrajno nošenje s bolestima, posebno kroničnom bolešću, povećava zahtjeve za “uzajamnom ekspertizom” liječnika i bolesnika (Bury, 1997). Prema tome, socijalni model zdravlja/bolesti stvara prostor za afirmaciju potreba onih kategorija ljudi koji se trajno nalaze izvan glavnih tokova medicinsko-profesionalnog i/ili političkog odlučivanja, te time bitno doprinosi unapređenju demokratskih procesa u jednome, u suvremenim uvjetima, iznimno važnom društvenom podsistemu – zdravstvu. Demokratizacija toga društvenog supistema od iznimne je važnosti ako se zna da su zdravstvo/medicina oduvijek otvarali neviden prostor/mogućnost vršenja nadzora/kontrole nad ljudima.¹⁴ Tek ukoliko polazi od socijalnog koncepta zdravlja/bolesti, za medicinu ćemo s punim pravom moći reći da je najhumanija znanost – “the most empiric of arts and the most scientific of humanities” (Pellegrino, 1970.).

LITERATURA

- Attali, J. (1984.) *Tri svijeta*. Zagreb: Globus.
 Attali, J. (1992.) *Povijest vremena*. Zagreb: August Cesarec (Biblioteka Mixta).
 Basch, P. F. (1990.) *International health*. New York-Oxford: Oxford University Press.
 Beck, U. (1992.) *Risk society*. London: Sage.
 Berger, P. L., Luckmann, T. (1992.) *Socijalna konstrukcija zbilje*. Zagreb: Naprijed.
 Bilton, T., Bonnett, K., Jones P., Skinner D., Stanworth M., Webster A. (1997.) *Introductory sociology*. Third edition. London: MacMillan-Press, Ltd.

- Blair, A. (1995) Social class and the contextualization of illness experience, in: Radley, A. (ed.) *World of illness. Biographical and cultural perspectives on health and disease*. London–New York: Routledge.
 Bloch, E. (1981.) *Princip nada*. Zagreb: Naprijed.
 Bogdanović, B. (1989.) *Mrtvoudice: mentalne zamke staljinizma*. Zagreb: August Cesarec.
 Bury, M. (1997.) *Health and illness in a changing society*. London and New York: Routledge.
 Cifrić, I. (1989.) *Socijalna ekologija*. Zagreb: Globus.

¹⁴ Bivša sovjetska psihijatrija “neke naročito poduzetne, a iznad svega vrlo ‘partijne’ liječnike, prešutno (je) razrješavala Hipokratove prisjega i dozvoljavala im da po tvornicama i uredništvima, i izdavačkim kućama, po svom nahodjenju prebiraju i probiraju pacijente, koje će, poslije, opet po vlastitom nahodjenju, a malo i po dogovoru liječiti... od političkih zaušaka” (Bogdanović, 1989.:191).

- Cochrane, A. (1998.) Globalisation, fragmentation and local welfare citizenship, in: Carter, J. (ed.) *Postmodernity and the fragmentation of welfare*. London–New York: Routledge.
- Cockerham, W. C. (2001.) *Medical sociology*. Eighth edition. New Jersey, 07458: Upper Saddle River.
- Dahrendorf, R. (1989.) *Homo sociologicus*. Niš: Gradina.
- Devereux, G. (1990.) *Komplementaristička etnopsihologija*. Zagreb: August Cesarec. (Biblioteka Mixta).
- Dubos, R. (1965.) *Čudesno zdravlje*. Zagreb: Epora.
- Dufrenne, M. (1978.) *Za čoveka*. Beograd: Nolit.
- Fox, R. C. (1989.) *The sociology of medicine: A participant observer's view*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Foucault, M. (1994.) *Znanje i moć*. Zagreb: Globus.
- Freeman, H. E., Levine, S. (1989.) The present status of medical sociology, in: Freeman, H., Levine, S. (eds) *Handbook of medical sociology*. 4th edition. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Gielen, A. C., McDonald, E. M. (1997.) The prece-de-proceed planning model, in: Glanz, K., Lewis, F. M., Rimer, B. K. (eds). *Health behavior and health education: Theory, research and practice*. 2nd edition. Jossey-Bass: A Wiley Company.
- Freund, P. E. S., McGuire, M. B. (1991.) *Health, illness, and the social body: A critical sociology*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Gorz, A. (1982.) *Ekologija i politika*. Beograd: Prosveta.
- Green, J., Thorogood, N. (1998.) *Analysing health policy: A sociological approach*. Longman: London–New York.
- Heidegger, M. (1996.) *Kraj filozofije i zadaća mišljenja. Rasprave i članci*. Zagreb: Naprijed.
- Heisenberg, W. (1998.) *Promjene u osnovama prirodne znanosti. Šest predavanja. Slika svijeta suvremene fizike*. Zagreb: Kruzak.
- Hofstetter, R. (1997.) *Filozofija, društvo, fizika*. Zagreb: Školska knjiga.
- Hosle, V. (1996.) *Filozofija ekološke krize. Moskovska predavanja*. Zagreb: Matica hrvatska.
- Husserl, E. (1990.) *Kriza evropskih znanosti i transcendentna fenomenologija: uvod u fenomenološku filozofiju*. Zagreb: Globus.
- Illich, I. (1976.) *Medicinska Nemezis*. Beograd: Vuk Karadžić.
- Jacob, F. (1987.) *Logika živog*. Beograd: Nolit.
- Jaspers, K. (1990.) *Opća psihopatologija*. Beograd: Prosveta.
- Jaspers, K. (1998.) *Duhovna situacija vremena*. Zagreb: Matica hrvatska.
- Lowith, K. (1990.) *Svjetska povijest i dogadanje spasa*. Zagreb: August Cesarec.
- Mechanic, D. (1995.) Sociological dimensions of illness behavior, *Social Science and Medicine* 41:1207–1216.
- Milton, I., Roemer, M. D. (eds) (1960.) *On the sociology of medicine*. New York: MD Publication, INC.
- Moore, S. with Sinclair, S. P. (1999.) *Sociology*. Teach Yourself Books. Cox&Wyman, Ltd.
- Nettleton, S., Harding, G. (1994.) Protesting patients: a study of complaints made to a family health service authority, *Sociology of Health and Illness* 16 (1):38–61.
- Pellegrino, E. D. (1970.) Medical practice and the new curricula, *JAMA*, Vol. 213:748–752.
- Plessner, H. (1981.) *Stupnjevi organskog i čovjek: uvod u filozofsku antropologiju*. Sarajevo: Veselin Masleša.
- Plessner, H. (1986.) Čovjek kao živo biće, u: Šarčević, A. (ur.) *Filozofija modernog doba*. Sarajevo: Veselin Masleša.
- Plessner, H. (1994.) *Conditio humana: filozofijske rasprave o antropologiji*. Zagreb: Globus.
- Poincare, J. H. (1989.) *Znanost i hipoteza*. Zagreb: Globus.
- Polanyi, K. (1999.) *Velika preobrazba: politički i ekonomski izvori našeg vremena*. Zagreb: Naklada Jesenski i Turk.
- Radley, A. (1994.) *Making sense of illness: The social psychology of health and disease*. London: Sage Publications.
- Ritzer, G. (1999.) *McDonaldizacija društva: istraživanje mijenjajućeg karaktera suvremenog društvenog života*. Zagreb: Naklada Jesenski i Turk.
- Russell, P. (1989.) *Budjenje planeta*. Zagreb: Globus.
- Sloterdijk, P. (1988.) *Kopernikanska mobilizacija i Ptolomejsko razoružanje*. Novi Sad.
- Spengler, O. (1990.) *Propast Zapada*, knj. IV. Beograd: Književne novine.
- Spranger, E. (1942.) *Oblici života: duhovnoznanstvena psihologija i etika*. Zagreb: Matica hrvatska.
- Tuckett, D. (ed.) (1980.) *An introduction to medical sociology*. London–New York: Tavistock Publications.
- Yardly, L. (1997.) Introducing material-discursive approaches to health and illness, in: Yardly, L. (ed.) *Material discourses of health and illness*. London and New York: Routledge.

Summary

THE MEANING AND THE MOST IMPORTANT PRACTICAL IMPLICATIONS
OF THE SOCIAL DISCOURSE OF HEALTH AND ILLNESS

Živka Staničić

Faculty of Medicine, University of Split, Split, Croatia

The aim of this paper is to refute the positivistic understandings, not only in the natural but also social sciences, on the basis of which the technical contents of the modern medical science – its concepts, facts and methods – are 'purely' empirical, scientific.

Contrary to this dominating attitude, the starting point is that the important methodological principle of 'the double discourse' should be applied in the study of health and illness. It includes the scientific and the social discourse with equal value. Only within the substantially and disciplinary different, but essentially complementary manners of study (one scientific and one social), the numerous paths for fruitful and manifold research of health and illness are opened.

The obligation to discuss health and illness within the social referential system and not only within the bio-medical referential system is determined by at least two substantial facts: man is by his nature 'unnatural'; a large part of man's existence is subject to constant social interference, which means that the 'existential' foundations of health and illness lie outside medicine.

The concluding part of the paper mentions some structural characteristics and functions of the social discourse of health/illness, which make it essentially different from the scientific one. Unlike the scientific discourse, the social discourse of health/illness opens space for the affirmation of the needs of the majority of people outside the mainstream of medical-professional and/or political decision-making i.e. leads to the democratisation of the sphere of health. The most important implications of the social discourse should be expected in the increased 'productivity' of contemporary physicians: it is certain that a contemporary physician, starting exclusively from the bio-medical discourse, is no longer sufficiently competent in understanding, and even less in curing many illnesses that dominate the world today. Due to that, it is extremely important that contemporary physicians understand the intellectual value of the social discourse in their everyday activities as soon as possible.

Key words: the principle of double discourse, bio-medical discourse, social discourse, the social discourse implications, democratisation of health care, the patient's rights.