

Η ΣΧΕΣΗ «ΑΡΡΩΣΤΟΣ - ΑΡΡΩΣΤΙΑ - ΓΙΑΤΡΟΣ»: ΜΙΑ ΑΝΘΡΩΠΟΛΟΓΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

ΕΛΕΝΗ ΤΖΑΒΑΡΑ

Η ιατρική που διδάσκεται στα πανεπιστήμιά μας, είναι ένα από τα προϊόντα της δυτικής σκέψης, είναι μία από τις εκφράσεις του δυτικού επιστημονικού ορθολογισμού. Η επιστημονική ιατρική αναδύεται τη στιγμή¹ που το κακό, η αρρώστια, ο θάνατος, «η αντι-φύση» τοποθετούνται στο ανθρώπινο σώμα. Η αρρώστια αποσπάζεται από τη μεταφυσική του κακού, έγινε δηλαδή αντικείμενο επιστημονικής γνώσης, «πήρε σάρκα και οστά μέσα στο ζωντανό σώμα των ατόμων, όταν ο θάνατος ενσωματώθηκε επιστημολογικά στην ιατρική εμπειρία», (Foucault, 1963, σελ. 200).

Σήμερα σε παγκόσμια κλίμακα, κυρίαρχος λόγος για την κατανόηση-ερμηνεία των φυσικών και ανθρωπίνων φαινομένων, ο οποίος ορίζει παρεμβάσεις και πρακτικές, είναι ο επιστημονικός λόγος. Έτσι σύμφωνα με τα ιδεώδη της προόδου και της ανάπτυξης, τα ανώτατα εκπαιδευτικά ιδρύματα σε προηγμένες και σε υπό ανάπτυξιν χώρες φροντίζουν η παιδεία που προσφέρουν να είναι όσο το δυνατόν πιο μοντέρνα, πιο ενημερωμένη, με λίγα λόγια, «up to date». Η φιλοδοξία αυτή και στον τόπο μας, έχει κατευθύνει τις εκάστοτε αποφάσεις στο χώρο της ιατρικής εκπαίδευσης.

Όμως υπάρχουν δύο ερωτήματα-θέματα τα οποία παρ' όλο που είναι ουσιαστικά και καθοριστικά για την ιατρική πρακτική, καθότι έχουν θεωρηθεί από την κυρίαρχη τεχνοκρατική άποψη «εκτός θέματος», δεν αντιμετωπίζονται σε κανένα επίπεδο των ιατρικών σπουδών². Το πρώτο αφορά τη φύση της ιατρικής γνώσης και το δεύτερο την ιδιαιτερότητα του εκάστοτε κοινωνικοπολιτιστικού χώρου, όπου η ιατρική εξασκείται. Έτσι, ενώ η ιατρική είναι μία ιδιότυπη εισαγόμενη τεχνολογία, «ιδιότυπη», όχι γιατί είναι και επιστήμη και τέχνη, αλλά γιατί η πρακτική της συνεπάγεται τη συνάντηση δύο ατόμων μέσα στο λόγο και όχι στο κρεβάτι του αρρώστου, την «κλίνη» όπως συνήθως πιστεύεται, οι ιατρικές σπουδές και στη συνέχεια η ιατρική πράξη διέπονται από μία ατμόσφαιρα μακάριας αυτάρκειας η οποία είναι απόρροια της λανθάνουσας αποδοχής ότι η ιατρική είναι έγκυρη επιστημονική γνώση με αναφισθήτη αποτελεσματικότητα³.

Από την άλλη μεριά η σιωπή-άγνοια ως προς το δεύτερο θέμα, παράγει μια αμνησία σημαντικών ιστορικών γεγονότων. Ξεχνιέται ότι μέχρι πρόσφατα ή Ελλάδα ήταν αποκομμένη από τον δυτικό κόσμο, στα σύνορα ανατολής και δύσης, ότι το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού της ήταν αγρότες και ότι η ραγδαία πρόσφατη αστικοποίηση έχει χαρακτηριστεί ως νόθα. Ωστόσο είναι σαφές ότι οι κοινωνικοπολιτιστικές δομές του ελληνικού χώρου διαφέρουν σημαντικά από εκείνες των δυτικών βιομηχανικών χωρών: δηλαδή η ένταξη της Ελλάδας στον ευρωπαϊκό χώρο είναι πολιτικο-γεωγραφική και όχι κοινωνικοπολιτιστική. Η λανθάνουσα άρνηση της διαφοράς μεταξύ των πολιτιστικών μορφωμάτων, αποκλείει τη δυνατότητα να τεθεί το ερώτημα σχετικά με το αν η εφαρμογή⁴ αυτής της «τεχνολο-

γίας» στον ελληνικό χώρο παρουσιάζει προβλήματα.

Όλοι μας έχουμε προσωπική πείρα άμεση ή έμμεση, από αφηγήσεις, από τη μεριά του γιατρού ή του αρρώστου, των προβλημάτων που συναντά η ιατρική πρακτική στον τόπο μας: Παραϊατρική κυκλοφορία και χρήση των φαρμάκων («πάρε αυτό, δοκίμασέ το, εγώ είδα την υγεία μου»), παράλληλα κυκλώματα πρακτικών γιατρών, έλλειψη «εμπιστοσύνης», από τη μεριά των αρρώστων, που εκφράζεται με πολυδάπανα ταξίδια στο εξωτερικό, ή με επισκέψεις σε διαφορετικούς γιατρούς, ή τον «καθηγητή», ή το αντίθετο, υπέρμετρη εμπιστοσύνη σε μη επιστημονικά δεδομένα, όπως ειδήσεις εφημερίδων, («ο τάδε στην Αμερική βρήκε το φάρμακο της δείνα ανίατης αρρώστιας»). Η σχέση γιατρού-αρρώστου εμφανίζεται δυσλειτουργική: ο άρρωστος αμφισβητεί την επιστημονική ικανότητα του γιατρού, ή το ήθος του. Η κλίμακα ποικίλει από το «δε μου γέμισε το μάτι», «γιατρουδάκος μου φάνηκε» μέχρι το «λωποδύτης», περνώντας από το «δεν είναι άνθρωπος». Όσο για τον γιατρό, αντιμέτωπος με μια αμφισβήτηση που πολλές φορές είναι έντονη, το μόνο ερμηνευτικό σύστημα που έχει στη διάθε-

* Το κείμενο που ακολουθεί είναι αυτό της προφορικής ανακοίνωσης με την οποία συμμετείχα το φθινόπωρο του 1983 στο συμπόσιο «Κοινωνικές επιστήμες στην ιατρική εκπαίδευση» της Σχολής Επιστημών Υγείας (Τμήμα Ιατρικής) του Πανεπιστημίου Κρήτης.

1. Η στιγμή αυτή για τον M. Foucault (1963) διαρκεί περίπου μισό αιώνα, και την τοποθετεί στα τέλη του 18ου με αρχές του 19ου αιώνα.
2. Στη δεκαετία του '50 άρχισε να αντιμετωπίζεται κάτω από την επίδραση της ψυχανάλυσης, η δυναμική της σχέσης «γιατρός-άρρωστος»: (Balint M. (1957), Valabrega J.P. (1962). Ωστόσο τα προγράμματα των ιατρικών σπουδών δεν περιέλαβαν συστηματικά μαθήματα επιστημών του ανθρώπου, όπως η ιατρική ψυχολογία, παρά στο τέλος της επόμενης δεκαετίας.
3. Σχετικά με την «μακάρια αυτάρκεια» του ιατρικού λόγου, παρουσιάζει μεγάλο ενδιαφέρον η πρόσφατη έρευνα σε ευρωπαϊκό επίπεδο του WHO (Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας) στο χώρο των περιγεννητικών διαδικασιών ρουτίνας. Η ουσιαστική προσφορά της έρευνας αυτής είναι ότι αποδεικνύει πως η ιατρική πρακτική δεν είναι μόνο πιστή εφαρμογή επιστημονικών δεδομένων αλλά καθορίζεται και κοινωνικοπολιτιστικά. (Fraser C. 1983, Maratos O. 1983).
4. Η έλλειψη αναρώτησης στον χώρο αυτό είναι εξαιρετικά παράδοξη, θα λέγαμε αντιεπιστημονική, αν σκεφθεί κανείς ότι στην ψυχολογία π.χ., δεν νοείται η χρησιμοποίηση μιας δοκιμασίας (test) νοημοσύνης σε μια χώρα παρά μόνο αν έχει γίνει προηγουμένως η στάθμιση της δοκιμασίας στην χώρα αυτή.



σή του, είναι η ιδεολογία της αμορφωσιάς και της υποανάπτυξης των ελλήνων αρρώστων.

Η θέση μας λοιπόν είναι ότι οι δυσκολίες που εμφανίζονται στο επίπεδο της ιατρικής πρακτικής στον τόπο μας μπορούν να θεωρηθούν σαν το άθροισμα δύο ειδών προβλημάτων: αυτά που η σύγχρονη ιατρική φέρνει μαζί της, κληρονομιά της πρόσφατης επιστημονικής της συγκρότησης και αυτά που δημιουργούνται από την εφαρμογή της σε ένα κοινωνικοπολιτιστικό χώρο, διαφορετικόν απ' αυτόν όπου παρήχθη.

Ας δούμε λοιπόν πώς θα μπορούσε να φωτίσει αυτή τη «ζώνη σκιάς», χώρος παρανόησης, παρεξήγησης και παραγνώρισης, μια ανθρωπολογική άποψη. Σχηματικά θα μπορούσαμε να πούμε ότι τα κέρδη της περιπλάνησης των ανθρωπολόγων, είναι η διαπίστωση και αποδοχή της διαφοράς, η αναγνώριση της σχετικότητας των θεσμών και η αναγκαιότητα να θεωρηθεί κάθε θεσμός σε σχέση με το σύνολο σύστημα που είναι το δεδομένο πολιτιστικό μόρφωμα (κουλούρα).

Για την κοινωνική ανθρωπολογία η σχέση ανάμεσα στον γιατρό και τον άρρωστο, είναι πριν απ' όλα μια κοινωνική σχέση, δεδομένου ότι οι ιδέες που διέπουν τη θεραπευτική πρακτική, καθώς και το πλαίσιο μέσα στο οποίο παρέχεται θεραπεία, δεν ορίζονται «ιατρικά», αλλά κοινωνικά: σχέση κοινωνική, εφόσον οι μορφές με τις οποίες απαντάται ποικίλουν ανάλογα με την κοινωνία. Έτσι η σχέση «γιατρός-άρρωστος» πρέπει να θεωρηθεί σε συνάρτηση με τις πεποιθήσεις, τις αξίες και τη δομή της συγκεκριμένης κοινωνίας. Για να εξετασθούν η λειτουργία και οι ιδιαιτερότητες της σχέσης αυτής στο συγκεκριμένο κοινωνικο-πολιτιστικό πλαίσιο πρέπει εκτός από τα δυο φυσικά πρόσωπα που αφορά η ιατρική πρακτική, να περιληφθεί και ένας τρίτος όρος: η αρρώστια. Έτσι βρισκόμαστε μπρος σ' αυτό που ονομάζεται θεραπευτικό τρίγωνο: στην κορυφή η αρρώστια και στα δύο άλλα σημεία αντίστοιχα ο άρρωστος και ο γιατρός (Pouillon, 1970).

Θα αναφερθούμε συνοπτικά στο πως διαμορφώνονται και λειτουργούν σε μη δυτικές κοινωνίες οι σχέσεις ανάμεσα στα τρία σημεία που ορίζουν το θεραπευτικό τρίγωνο. Στα πλαίσια αυτής της εργασίας θα παρουσιάσουμε μόνο όσα στοιχεία μας αρκούν για να προδούμε στη συνέχεια σε μια σχηματική σύγκριση, η οποία ελπίζουμε ότι θα σκιαγραφήσει την ιδιαιτερότητα της επιστημονικής ιατρικής.

Στις μη δυτικές κοινωνίες η ιατρική δεν είναι αυτονομημένος γνωστικός κλάδος. Οι θεραπευτικές πρακτικές ανήκουν στο χώρο της μαγείας ή της μαύρης μαγείας⁵. Η αρρώστια σχεδόν πάντα, εκτός από τις περιπτώσεις που είναι σημείο για ν' αποδοθεί κάποιο αξίωμα στο άτομο, περιλαμβάνεται στα αρνητικά φαινόμενα που πλήττουν το άτομο ή την κοινωνία, όπως η κακοτυχία, η κακιά συγκομιδή, η στειρότητα. Η αιτία της αρρώστειας βρίσκεται πάντοτε έξω από το άτομο, πολλές φορές μάλιστα έξω από την κοινωνία. Ο τόπος προέλευσής της είναι μια υπερβατή πραγματικότητα: κακά πνεύματα, πνεύματα πεθαμένων προγόνων ή μάγια. Η αρρώστια αφορά μόνο τον άρρωστο, με ειδική μορφή δε και τον γιατρό. Δηλαδή είναι γιατρός αυτός που πάσχει από κάποια ειδική αρρώστια, διαφορετική από του αρρώστου. Σε άλλες περιπτώσεις πάλι, η αρρώστια αφορά και τον άρρωστο και τον γιατρό, με την έννοια ότι γίνεται γιατρός αυτός που κάποτε έπασχε από την ίδια αρρώστια. Μια τρίτη περίπτωση είναι ο σαμανισμός: και η αρρώστια και η θεραπευτική ικανότητα προέρχονται από τον κό-

σμο των πνευμάτων. Τα πνεύματα καταλαμβάνουν τον άρρωστο είτε κυριολεκτικά, δηλ. μπαίνουν μέσα του, είτε από μακριά. Ο σαμάν απέκτησε τη θεραπευτική του ικανότητα μέσα από ένα ταξίδι που έκανε η ψυχή του στον κόσμο των πνευμάτων. Η θεραπεία επιτελείται με ενεργητική παρέμβαση του σαμάν: ο σαμάν θα ξεκινήσει και πάλι να συναντήσει τα πνεύματα προκειμένου να επαναφέρει την πνοή ζωής στο σώμα του αρρώστου ή να ξεριζώσει το κακό από το σώμα. (Clastres, 1980).

Τι θα μπορούσαμε τώρα να πούμε για την επιστημονική ιατρική της δυτικής κοινωνίας;

– Η ιατρική ως «επιστήμη και τέχνη ασχολούμενη με την διατήρηση της υγείας και την θεραπεία των νόσων», αποτελεί μία ξεχωριστή περιοχή της επιστημονικής γνώσης με συγκεκριμένο αντικείμενο. Δεν έχει δε καμία σχέση με τη θρησκεία ή τη μαγεία. Για τον επιστημονικό λόγο, η αρρώστια δεν οφείλεται στην παρέμβαση όντων που ανήκουν σε μια υπερβατή πραγματικότητα. Ούτε μάγια, ούτε κακό μάτι, ούτε κακά πνεύματα, ούτε τιμωρία για κανόνες που δεν τηρήθηκαν. Η αιτία της βρίσκεται στα μικρόδια, στους ιούς, στην Φύση όπου ανήκει και ο ίδιος ο άνθρωπος. Η αρρώστια και ο θάνατος, ενώ διωματικά ανήκουν στα αρνητικά φαινόμενα, περιέχονται όμως στη φύση των πραγμάτων. Έχοντας γίνει το ανθρώπινο σώμα αντικείμενο μελέτης, η αρρώστια και ο θάνατος, ως βιολογικά φαινόμενα αποτελούν «την φύση της Φύσης». Πως διαμορφώνεται λοιπόν το θεραπευτικό τρίγωνο στην δυτική κοινωνία;

– Η αρρώστια αφορά και ορίζει τον άρρωστο: τον βάλλει, τον πλήττει, τον χτυπά, τον «ρίχνει κάτω». Ο άρρωστος πάσχει, υποφέρει. Η σχέση «αρρώστια-άρρωστος» εμφανίζεται με συγκεκριμένη κατεύθυνση: ο άρρωστος βρίσκεται σε θέση απόλυτα παθητική.

– Ο άρρωστος και ο γιατρός όμως, ορίζονται ανεξάρτητα ο ένας από τον άλλο. Παρ' όλο που στην πραγματικότητα συναντιούνται, είναι, όπως είπα προηγουμένως, τα φυσικά πρόσωπα που αφορά άμεσα η ιατρική πρακτική, η σχέση τους είναι σχέση «ετερότητας». (altérité), (Pouillon 1970)⁶. Ο άρρωστος είναι διαφορετικός, άλλος, από τον γιατρό και αυτό, όχι γιατί είναι άρρωστος, δεδομένου ότι η αποθεραπεία δεν τον φέρνει στη θέση του γιατρού. Ο γιατρός είναι ικανός να θεραπεύει όχι γιατί κάποτε ήταν άρρωστος, ούτε είναι υποχρεωτικό να είναι

5. Η συγγένεια και η μαγεία υπήρξαν τα δυο σημαντικά κεφάλαια της κλασικής ανθρωπολογίας. Έτσι η βιβλιογραφία είναι πολύ μεγάλη. Οι πληροφορίες σχετικά με την αρρώστια και τις θεραπευτικές πρακτικές στις μη δυτικές κοινωνίες βρίσκονται διάσπαρτες στις μελέτες που αφορούν τη μαγεία, το σαμανισμό και τα τελετουργικά. Αναφέρουμε επομένως ενδεικτικά μερικούς τίτλους: Mauss M, (1904), (1926), Evans-Pritchard E.E. (1937), Levi-Straus Cl. (1949 a), (1949 b). Ωστόσο πιο πρόσφατα χάρις στο ενδιαφέρον των ανθρωπολόγων για την «άγρια σκέψη», υπάρχουν δημοσιεύσεις που αναφέρονται ειδικά στις αρρώστιες και που μελετούν το ταξινόμικό σύστημα (νοσολογία) που χρησιμοποιούν οι κοινωνίες αυτές. Βλ. Frake C.O. (1961) και Carrinbouez M. (1980).

6. Αυτή η σχέση «ετερότητας» είναι σαφής και στο επίπεδο της γλώσσας. Στις περισσότερες ευρωπαϊκές γλώσσες είναι η ίδια ρίζα που σχηματίζει τις λέξεις αρρώστια και άρρωστος, ενώ είναι διαφορετική για τη λέξη γιατρός, π.χ. στα γαλλικά έχουμε: mal, maladie, malade, Médecin, médecine, médicament. Για τις σημασίες της ρίζας MED στις ινδοευρωπαϊκές γλώσσες βλ. Benveniste E. (1969).

υγιής για να ασκεί την ιατρική. Η θεραπευτική του ικανότητα έχει αποκτηθεί μέσα από μία μακρόχρονη διαδικασία γνώσης. Ο γιατρός βρίσκεται σε ενεργητική θέση και ως προς την αρρώστια, και ως προς τον άρρωστο. Παρεμβαίνει με τη γνώση και τη θεραπεία και στο επίπεδο του αρρώστου και στο επίπεδο της αρρώστιας.

Τα ερωτήματα-προβλήματα⁷ που έχουν γεννηθεί τα τελευταία χρόνια στον χώρο της δυτικής επιστημονικής ιατρικής πρακτικής, ξεκινούν από θεμελιακές επιλογές της ιατρικής επιστήμης, επιλογές που επέτρεψαν ωστόσο την ανάπτυξη και τη συγκρότησή της. Θα αναφερθούμε σε δύο επιλογές τις οποίες θεωρούμε ότι καθόρισαν την εξέλιξη και την μορφή της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης.

– Αντικείμενο μελέτης και έρευνας υπήρξε όχι ο άρρωστος αλλά η αρρώστια. Σκοπός του γιατρού ήταν ν' ανακαλύψει την αρρώστια μέσα στον άρρωστο. Ο φορέας της αρρώστιας, ο άρρωστος, ήταν από αδιάφορος μέχρι αρνητικός⁸... Το κείμενο ήταν η αρρώστια, και ο άρρωστος ήταν η σελίδα πάνω στην οποία γραφόταν, όχι πάντα ευανάγνωστα, αυτό που θα διάβαζε ο γιατρός. Η υποκειμενικότητα και του γιατρού και του αρρώστου έπρεπε να μπει σε παρένθεση.

– Η δεύτερη επιλογή, έχει περισσότερο την μορφή αξιώματος: ό,τι, εμπίπτει στο χώρο του ορατού αποτελεί την ουσία της αρρώστιας. Ό,τι δε, είναι ορατό μπορεί και να λεχθεί. Το πέρασμα από το βλέμμα στο λόγο γίνεται μέσω της διεξοδικής περιγραφής, χωρίς να αφήσει κανένα κατάλοιπο. Απόλυτη επικάλυψη λοιπόν βλέμματος και λόγου⁹. Η καθαρότητα του ιατρικού βλέμματος καθώς και η πεποίθηση αναφορικά με τη σαφήνεια και τη διεξοδικότητα της κλινικής περιγραφής, είχαν σαν τίμημα, να αποκλεισθεί από το πεδίο μελέτης το πλαίσιο μέσα στο οποίο λειτουργεί η ιατρική, πλαίσιο που διατρέχει το βλέμμα και ο λόγος.

Ποιες είναι όμως οι ιδιαιτερότητες του ελληνικού κοινωνικοπολιτιστικού χώρου στις οποίες προσκρούει η δυτική ιατρική με αποτέλεσμα την δυσλειτουργία που αναφέραμε στην αρχή;

Η αρρώστια στην Ελλάδα όπως και στις μη δυτικές κοινωνίες δεν περιλαμβάνεται στη Φύση¹⁰. Ας θυμηθούμε τις μπλε χάντρες, τα ξεματιάσματα, τα ευχέλαια, τα μάγια, τους αγιασμούς, τις προλήψεις. Ο κατάλογος είναι εξαιρετικά μακρύς. Η αρρώστια είναι το «κακό», το «έξω από δω». «Ήταν το γραφτό του», «το τυχερό του», «μεγάλο κακό τον βρήκε», «ήταν η κακιά ώρα»¹¹.

– Η θέση του γιατρού σ' αυτόν τον τόπο, δεν είναι εύκολη. Σίγουρα σεβαστός. Μαζί με τον παπά και τον δάσκαλο έχει την τύχη να τον αποκαλούν όχι με το «κύριε τάδε», αλλά με την ιδιότητά του. (όρος αναφοράς). Σε ευρωπαϊκή χώρα πιθανόν την κρίσιμη ώρα να ζητήσει κανείς στον γιατρό «να κάνει κάτι,» π.χ. (docteur faites quelque chose). Η διατύπωση προδίδει την αμηχανία και την γνώση των ορίων της επιστήμης. Στην Ελλάδα δίπλα στο «Θεέ μου», «Παναγιά μου», θα βρεθεί και το «γιατρέ σώστο»: Θέση εξουσίας, ενδιάμεσος στη σχέση υπερβατικής και ανθρώπινης πραγματικότητας.

– Όμως, η ελληνική κοινωνία ανήκει σ' αυτές τις κοινωνίες που χαρακτηρίζονται από μία «διαγνωριμία (inter-connaissance), σχεδόν τέλεια, όπου όλα τα άτομα είναι κύρια ονόματα και όλες οι καταστάσεις κοινοί τόποι» (Bourdieu 1972). Έτσι,



ο γιατρός δεν μπορεί νάναι απόμακρος, αλλά οικείος. Εξουσία μεν, προσπελάσιμη δε και υπό αμφισβήτηση.

Σημπλήρωση του εκπαιδευτικού προγράμματος ή επαναπροσδιορισμός του αντικειμένου της ιατρικής; Νομίζω ότι το ερώτημα αυτό είναι αντικείμενο μεγάλης συζήτησης. Για την ώρα αρκεσθούμε στη διαπίστωση ότι αν η ιατρική εκπαίδευση δεν εμπλουτισθεί με τα δεδομένα των επιστημών του ανθρώπου και της κοινωνίας¹², η ιατρική πρακτική θα παραμείνει μια «συμβολική δράση χαμένη στην αδιαφάνειά της».

7. Για την κριτική της επιστημονικής ιατρικής βλ. Illich I. (1975), Israel L. (1976), Clavreul J. (1978), Et Mhshler E.G. (1981). Για έναν πρόσφατο απολογισμό της προβληματικής γύρω από τις σχέσεις μεταξύ κοινωνικών επιστημών και ιατρικής βλ. Mitrani (1982).
8. Τα κείμενα που παραθέτει ο Foucault (1963) στο πρώτο κεφάλαιο, περί «Espaces et classes», είναι εξαιρετικά εύγλωττα και κατηγορηματικά ως προς την τύχη της υποκειμενικότητας του αρρώστου και του γιατρού. «Ό,τι δεν περιελήφθηκε στο πεδίο μελέτης της ιατρικής, μετατοπίστηκε και περιφράχθηκε στην ιδιαιτερότητα του αρρώστου, προς την μεριά αυτής της περιοχής «των υποκειμενικών συμπτωμάτων»... σελ. VI. Δύο αιώνες μετά, η ιατρική ορίζει με τον ίδιο τρόπο το πεδίο μελέτης της.
9. Για την επικάλυψη βλέμματος και γλώσσας βλ. κεφάλαια VI και VII Foucault (1963). Το κεφάλαιο VI «Περί σημείων και περιπτώσεων» (Des signes et des cas) δρίσκεται μεταφρασμένο στα ελληνικά στο «Κείμενα Σημειολογίας», (Μπενβενίστ, Μπαρτ, Ντεριντά, Πιρς, Φουκώ), Νεφέλη 1981, μετ. Κ. Παπαγιώργης σελ. 207-223.
10. Στις δυτικές βιομηχανικές κοινωνίες συναντάμε ακόμα και σήμερα μια ανάλογη θεώρηση της αρρώστιας και του «κακού». Η διαφορά όμως ανάμεσα σ' αυτές και τον ελλαδικό χώρο είναι ότι εκεί, ο επιστημονικός λόγος όντας κυρίαρχος, έχει κυριολεκτικά εκτοπίσει τέτοιες θεωρήσεις ώστε να συναντιώνται στις αγροτικές περιοχές σαν κατάλοιπα ή επιδιώσεις. Στην Ελλάδα αντίθετα, περιφερειακός είναι ο επιστημονικός λόγος. Για τη μαγεία π.χ. στην σύγχρονη Γαλλία βλ. την ανθρωπολογική μελέτη της Favret-Saada J. (1977).
11. Η ανθρωπολογική διβλιογραφία σχετικά με τη θεώρηση της αρρώστιας στον ελλαδικό χώρο είναι περιορισμένη. βλ. Blum R.H., And Blum E. (1965), (1970) καθώς και Γκιζέλης (1977) όπου υπάρχει ειδικό κεφάλαιο με τίτλο «η ελληνική εθνογραφία της υγείας» (σελ. 88-118). Αντίθετα υπάρχει ένα ιδιαίτερα πλούσιο λαογραφικό υλικό, από τις αρχές του αιώνα μέχρι σήμερα, του οποίου όμως η πρόσβαση προϋποθέτει εκτεταμένη διβλιογραφική έρευνα, δεδομένου ότι είναι καταχωρημένο είτε κατά περιοχές, (γεωγραφικά) είτε σύμφωνα με ταξινομήσεις των λαογράφων όπως: ο «κύκλος της ζωής» (γέννηση, γάμος, θάνατος), ή «τα μνημεία του λόγου» (τραγούδια, παραδόσεις, παροιμίες κ.λπ.).
12. Είναι ενδιαφέρον ότι το θέμα του συμποσίου διατυπώθηκε ως «κοινωνικές επιστήμες στην Ιατρική εκπαίδευση» και όχι «οι επιστήμες του ανθρώπου...», ή «οι επιστήμες του ανθρώπου και της κοινωνίας...». Ξέρουμε ότι ο όρος «επιστήμες του ανθρώπου» είναι προγενέστερος του «κοινωνικές επιστήμες». Στη γαλλική διβλιογραφία συναντά κανείς πιο συχνά το «επιστήμες του ανθρώπου», ο οποίος θεωρείται γενικότερη τάξη από το «κοινωνικές επιστήμες». Το «κοινωνικές επιστήμες» λειτουργεί σαν υποδιαίρεση ή σαν επεξήγηση. Τελευταία μάλιστα στο CNRS (Centre National de Recherche Scientifique) δημιούργησαν μια γενικότερη τάξη, αυτή των «επιστημών της Ζωής», όπου εντάχθηκαν οι προηγούμενες υποδιαίρεσεις. Η ανθρωπολογία μας έχει μάθει ότι κάθε ορολογία, δεν είναι απλές ετικέτες, αλλά ταξινομικό σύστημα. Σαν τέτοιο εκφράζει τη «θεώρηση του κόσμου» μιας δεδομένης στον τόπο και χρόνο κοινωνίας. Είναι δηλαδή, «σημάδι των καιρών»...

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- BALINT M. (1957)*, The doctor, his patient and the illness. London Pitman. Trad. fr. Le médecin, son malade et la maladie. P.B.P., Paris, 1966.
- BENVENISTE E. (1969), Le vocabulaire des institutions indoeuropéennes. 2 (pouvoir, droit, religion). Les éditions de Minuit, Paris.
- BLUM R.H. and BLUM EVA (1965), Health and healing in rural Greece. Stanford, Stanford University Press, Oxford University Press.
- BLUM R.H. and E. (1970), The dangerous hour. (The lore of Crisis and Mystery in Rural Greece) Chatto & WINDUS, LONDON.
- BOURDIEU P. (1972), Les stratégies matrimoniales dans le système de reproduction. Annales, 27, pp. 1005-1127.
- CARRIN-BOUEZ M. (1980), Des maux et des mots. L' Homme, xx, 3, pp. 85-108.
- CLASTRES P. (1980), Mythes et rites des indiens d' Amérique du Sud. in. Recherches d' Anthropologie politique. Seuil, Paris.
- CLAVREUL J. (1978), L' ordre médical. Seuil, Paris.
- ΓΚΙΖΕΛΗΣ ΓΡ. (1977), Η εθνογραφία της υγείας, Γρηγορόπουλος, Αθήνα.
- EVANS-PRICHARD E.E. (1937), Witchcraft oracles and magic among the Azande. Oxford. The Clarendon Press, 1968.
- FAVRET-SAADA J. (1977), Les mots, la mort, les sorts. Gallimard, Paris.
- FOUCAULT M. (1963), Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical. PUF, galien, Paris 1978.
- FRAKE C.O. (1961), The diagnosis of disease among the Subanum of Mindanao. American Anthropologist, 63 (I), 113-132.
- FRASER C. (1983), Routine Perinatal procedures: Their necessity and psychosocial effects. Supplement to Acta Obstetrica Scandinavica.
- ILLICH Ivan. (1975), Némésis, médicale. L' expropriation de la santé. Seuil. Paris.
- ISRAEL L. (1976), L' hystérique, le sexe, et le médecin. Masson, Paris.
- LEVI-STRAUSS CL. (1949^a), Le sorcier et sa magie. in. Anthropologie Structurale, Plon, 1958, pp. 183-203.
- LEVI-STRAUSS CL. (1949^b), L' efficacité symbolique. in idem. pp. 205-226.
- MARATOS O. (1983), Rooming-in and other psychosocial aspects of perinatal routine practices, in the European region: consumers choice and promotion of mother-newborn bonding. Paper presented at the National Seminar and International Consultation on Perinatal Surveillance and Care. Pekin.
- MAUSS M. (1904), Esquisse d'une théorie générale de la magie. in. M. Mauss: Sociologie et Anthropologie pp. 1-141. PUF, Paris 2^e ed. 1960.
- MAUSS M. (1926), Effet physique chez l' individu de l' idée de mort suggérée par la collectivité. (Australie, Nouvelle Zelande) in. idem. pp. 311-330.
- MISHLER, E.G. and coll. (1981), Social contexts of health, illness and patient care. Cambridge: Cambridge Univ. Press.
- MITRANI PH. (1982), «Aspects de la recherche dans le domaine des sciences sociales et de la médecine», L' homme, XXII (2), pp. 93-104.
- POUILLON J. (1970), Malade et médecin: le même et/ou l' autre? (remarques ethnologiques). Nouvelle revue de Psychanalyse, I, pp. 77-98.
- VLABREGA J.P. (1962), Le relation thérapeutique, malade et médecin. Flammarion, Paris.

* Η χρονολογία στην παρένθεση, είναι αυτή της αρχικής δημοσίευσης.

