

ПРЕВОД

**МЕТОДОЛОГИЯ НА ИЗСЛЕДВАНИЯТА MEDICAL CHOICE В  
КОГНИТИВНАТА МЕДИЦИНСКА АНТРОПОЛОГИЯ  
НА ЛИНДА ГАРРО<sup>[1]</sup>**

ВИТАЛИЙ Л. ЛЕХЦИЕР

TRANSLATION

**METHODOLOGY OF MEDICAL CHOICE STUDIES IN THE  
COGNITIVE MEDICAL ANTHROPOLOGY OF LINDA GARRO**

VITALY L. LEKHTSIER

**Лехциер, В. Л.** 2017. Методология изследвания Medical Choice в когнитивной медицинской антропологии Линды Гарро. В: *Медицинская антропология и биоэтика*, №2 (14), ISSN 2224-9680, **Превод от руски: Д-р Божидар Ивков.**

**Резюме**

Статията е посветена на този начин на изучаване на медицинския плурализъм, който предлага съвременната когнитивна медицинска антропология в лицето на една от най-известните ѝ представителки – американския медицински антрополог Линда Гаро (Linda Garro). Това направление на медицинската антропология поставя акцент върху индивидуалния избор на системи или практики за лечение. Статията поставя методологически проблеми, свързани с трактовката на избора като свободен или детерминиран от социалния контекст, като съотношение на действия и убеждения, различие на нормативен и описателен модели на рационалност, взаимовлияние на култура и индивидуален опит в процеса на вземане на терапевтично решение. Като реконструира методологическата позиция на Гаро, авторът на статията отделя особено внимание на понятието „дивергентна рационалност“. В статията става дума също и за наративистката концепция за болестта и лечението, която за Гаро представлява логическо продължение на темата за медицинския избор.

**Ключови думи:** когнитивна медицинска антропология, медицински избор, медицински плурализъм, модел на приемане на решения

Медицинският избор е органична тема за медицинската антропология, доколкото именно тази наука е открила и описала явлението медицински плурализъм [Lock, Nguyen, 2010; Михель 2010], в т.ч. предполагащия от практиката индивидуален избор на една или друга система на лечение, които антрополозите класифицират по различен начин. Например Дън [Dunn, 1976] определя три типа медицински системи – *локални* (присъщи на някои селски общини или традиционни скотовъдни и земеделски общности), *регионални*, разпространяващи се на големи територии (такива, като традиционната китайска медицина), и *космополитична* система (западната научна медицина). Крисман и Клайнмън [Chrisman, Kleinman, 1983; Клейнман, 2016] разграничават три пресичащи се сектора в системата на здравеопазване: *популярен* сектор, в който са ангажирани самите пациенти и техните семейства, използващи в качеството на лечебни средства диети, билки, физически упражнения, почивка, вани, масаж, препарати, закупувани без рецепта, витамини и др.; *народен* сектор, представен от различни целители – шамани, медиуми, магьосници, билкари – функциониращи неформално или на квазиправна основа [2]; *професионален* сектор – клиники, болници и асоциации, имащи отношение както към биомедицината, така и към такива професионализирани медицински системи като Аюрведа, унани или сиддха в Индия, акупунктурата в Китай или хомеопатията във Великобритания. Като правило, в сложните, социално стратифицирани общества, различните медицински системи (понякога ги наричат „подсистеми“) съществуват заедно и се конкурират по между си, макар тази конкуренция да протича в условия на поддържана от държавата йерархия на типовете медицина, корелираща с класовите, кастовите, расовите, етническите, религиозните и джендърните различия. Ханс Баер, в статия за медицинския плурализъм, като разглежда различни типологии на това явление, отбелязва, че в съвременния свят, „благодарение на европейската експанзия и колониализма, алопатичната медицина или тази, която в крайна сметка е еволюирала в биомедицина, е постигнала превъзходство в престижа и е започнала да влияе дори върху професионализираните традиционни системи на здравеопазване“ [Baer, 2004: 109; Михель, 2015: 247–262].

Темата за медицинския плурализъм може да бъде разгледана от позицията на *критичната медицинска антропология* – това, като правило, са сюжети за структурното доминиране или дори монопол на една или друга система за лечение, за

медицината за социалните елити и медицината за бедните и дискриминираните [Navarro, 1986; Михель, 2010: 10–11, 52–67]. Но тази тема познава и друга изследователска перспектива, поставяща акцент върху самия медицински избор на човека, защото дори в строго йерархически построена здравеопазна система „хората са напълно способни да използват две отделни медицински подсистеми“ [Baer, 2004: 115] и, ще добавим, – повече от две. Освен това редица изследователи показват, че вместо плурализъм на системите, съвременното общество стига до плурализъм на медицинските практики: типовете медицински системи, поради различни причини, имат тенденцията да се сливат по начин, че доминиращата биомедицина може да прилага редица практики, считани за алтернативни, а традиционните лечители да се консултират с фармацевтите и да проявяват интерес към научните биотехнологии [3].

Акцентът върху избора на лечение бил направен в друго направление на медицинската антропология – *когнитивната медицинска антропология*, възникнала на вълната на „когнитивната революция“ през 50-те години на миналия век [D’Andrade, 1995]. Една от основните представителки на този подход, известната американска медицинска антроположка Линда Гаро, отбелязва, че първите работи, които могат да се отнесат към това направление, са се появили през 60-те години на XX век, макар значително по-релевантни изследвания да са били проведени през 70-е години, обаче и до сега понятието „когнитивна медицинска антропология“, според нея, не е признато, както и обозначаваните с него ясни дисциплинарни граници [Garro, 2004: 12].

Ще се спрем върху творчеството на Линда Гаро по-подробно, защото то съдържа в себе си голям авторитет сред професионалистите и сериозен евристичен потенциал за емпирични изследвания на медицинския избор, а също и основателна методологическа рефлексия на принципите на неговото познание и тези концептуални рамки, в които то става възможно.

Първият сборник, имащ пряко отношение към обсъжданата тук тема – сборникът, в който Гаро се е представила в ролята на събирач на материали, концептуален редактор и автор – това е том 16-и, № 16 на списание „Social Science and Medicine“ през 1982 година, наименован „Етнография на решенията в областта на здравеопазването“ [The Ethnography, 1982]. Сборникът, както пише Гаро, е посветен на паметта на организатора на симпозиума по тази тема, антропологът, съавтор и съпруг на Линда Гаро – Джеймс Клей Янг, който загива трагично през май 1981-а година. Във

встъпителната статия Гаро не само прави обзор на съдържанието на броя, но и пише за приноса, който Джеймс Янг има при изучаване на избора в сферата на медицината. Броят е посветен на анализа на вземането на решения от хората в контекста на изучаване на алтернативните медицински услуги и системи. Цялото внимание е насочено към индивидуалното поведение на човека, поставен в ситуация на болест. При това се предполага, че хората са рационални и че те вземат решения в ситуации с ограничени ресурси и на основата на наличната им културна информация. Задачата на антрополога се състои в това да открие стандартите на техния избор. Най-простият избор е дали човек да потърси или не медицинска помощ в една или друга ситуация.

Някои автори в сборника, в резултат на проведени полеви изследвания, са направили извода, че споделяните културни представи за болеста, здравето и лечението са основни фактори в процеса на вземане на решение в областта на здравеопазването, при което вътре в тези фактори се конкурират между себе си психологични и соматични модели на обяснения на болестта. Други автори поставят акцент върху социално-икономическия статус на хората, вземащи едно или друго терапевтично решение, или върху особеностите на взаимодействията на пациентите с медицинските институти. Сборникът представя внушителна палитра от медико-антропологични изследвания на избора в сферата на здравеопазването. Изследват се мексикански американци с различен произход, бременни жени в Латинска Америка, републики Бенин и Тунис (предмет – родови очаквания и импликации на моделите за вземане на решения), връзката на т.нар. „логика на благополучие“ с терапевтичните наративи в Кайро, медицинският контрол и структурата на медицинския плурализъм в Тайланд, ролята на културните обяснения в „соматизацията“ на оплакванията и недостатъчното използване на психологическа помощ сред американските и китайските (хонкогски) студенти, обучаващи се в Хавайския университет.

В сборника има и статия на Линда Гаро в съавторство с Джеймс Янг „Вариация в избора на лечение в две общини в Мексико“. В статията се разглежда отношението между вярванията на хората, свързани с болестта, достъпността на ресурсите на западното здравеопазване и равнището на обръщаемост към лекар в две съседни селски общини в Мексико. Едната от тези общини – Пичатаро (Pichátaro) – ограничила достъпа до възможностите за лечение при лекар (представител на биомедицината), в другата община – Уричо (Uricho) – хората имали сравнително добър достъп до

услугите на лекар, в това число и безплатни. Данните от историите на заболяванията на хората, събрани от изследователите в семействата във всяка община, показали, че жителите на Уричо се консултират с лекар почти два пъти по-често. При това данните за вярванията на респондентите по отношение на болестта във всеки град били систематично съпоставени, за да се оценят двата конкуриращи се вида релевантни отношения: между привържеността към традиционните етномедицински вярвания и избора на лечение при лекар. По отношение на тези данни са възможни, както пишат авторите, две *интерпретативни хипотези*. Първата хипотеза – „концептуална несъвместимост“ [Young 1982: 1454] – подчертава важноста на сравненията между ежедневиите концепции за болестта, приети в общността и научната медицинска теория в качеството ѝ на критерий за избор на лечението при лекар. Съответно, изследването би трябвало да покаже, че, в сравнение с община Пичатаро, по-високият коефициент на използване на лечението при лекар в община Уричо трябва да се съпровожда с по-голяма ориентация на представителите му към западната медицина (на равнище убеждения). Същността на втората хипотеза се състои в това, че традиционните вярвания по отношение на болестта не са първична бариера за търсене на лекар, точно както и алтернативните убеждения не са необходима предпоставка за това и, което е още по-важно, тук много по-важен се оказва фактора достъпност на лекарските услуги. Резултатите от изследванията на Гаро и Янг не дали съществено потвърждение на хипотезата за „концептуалната несъвместимост“. Те смятат, че различията в обращаемостта към лекар са следствие от диференцирания достъп до лечение, без да е необходима промяна в сферата на приетите вярвания по отношение на болестта.

Тази тема, но в значително по-голям обем и в по-детайлизиран вид, се разглежда от Линда Гаро в монографията от 1994 г. „Медицинският избор в мексиканското село“ [Young, Garro, 1994], която е допълнено преиздание на нейната едноименна съвместна работа с Джеймс Янг от 1981 година. Цялото изследване в този случай е посветено на представителите на община Пичатаро, живеещи в индианското село Тараскан (Tarascan), в планинските райони на западно-централно Мексико. В монографията систематически се въвеждат и обосновават такива понятия, които концептуализират предметната сфера на изследването, като „Study of Medical Choice“, „Decision-Making Approach“, „Model Treatment Decision Making“, представя се

основателен етнографски обзор на ежедневието на община Пичатаро, на семейния и публичния живот на хората, техните празници, начини за печалба, медицински вярвания, обяснения и оценки на болестта, разпространението на едни или други видове заболявания.

Книгата е много подробна, съдържа много емпирични данни и е много добре методологически обоснована. Авторите описват, как е структурирано народното медицинско знание в това село и какви алтернативните практики за лечение съществуват тук: 1) самолечение (с помощта на това, което е под ръка, което се продава на местния пазар, диети); 2) народни лечители (*curanderas*), които са използвали свои специални средства, билки; 3) „практиканти“ (*practicantes*), т.е. местни нелицензирани лекари без диплома, но имащи (по техни думи) някакво медицинско образование; 4) лекари, представители на западната биомедицина – както държавни, так и частни – имащи прием само в съседния регион.

Сред изводите, които правят Янг и Гаро и които разширяват общата мотивационна картина по поставения проблем, се съдържа мисълта за това, че избора на една или друга медицинска система на жителите на изучаваното село, е обусловен също и от това обстоятелство, доколко и по какъв начин те оценяват тежестта на болестта, в това число възможността за настъпване на смърт, причинена от нея. Селските жители са бедни и имат ограничен достъп до системата на съвременното западно здравеопазване. Те използват своите медицински знания, за да оценят сериозността и възможните последици от болестта. Търсенето на лекарска помощ става предпочитано, когато болестта се възприема като опасна за живота и жителите започват да оценяват *вероятността за излекуване* на основата на съществуващите в културата представи. В другите случаи (без опасност за живота), се включват *материални фактори*, затова предпочитания се отдават на самопомощта (тя е най-евтина от всичко) или на търсене на местния лечител, или „практиканти“ (това например е една цена за лечение). По такъв начин антрополозите експлицират някакъв набор от *правила* за медицински избор, приемане на решения за лечение – *две формализирани стратегии* за такива решения, на всяка от които е присъщ собствен *алгоритъм за обмисляне на алтернативите за лечение*. Не може да не се отбележи също, че монографията носи върху себе си отпечатък на личния опит от общуването на

авторите с община Пичатаро и техните разбирания за ролята на болестта в живота на нейните жители.

По-късно Гаро се връща към тази тема в голяма работа, публикувана в две части: „За изучаването на рационалността при вземане на решения“. Тук се дават редица пояснения по отношение теоретичните основи на когнитивната медицинска антропология, обсъждат се контрааргументите на тези, които смятат този подход в една или друга степен погрешен, предлагат се отговори на контрадоводите, въвеждат се някои нови важни понятия за изследването на медицинския избор в аспект на когнитивистиката.

Когнитивната медицинска антропология (по-нататък КМА), пише Гаро, се опитва „да погледне вътре в отношенията между културните знания и специалните лечебни действия“ [Garro, 1998: 319]. Предмет на тази антропология е не културата като такава, макар наличието на общи културни знания, включващи набор от поведенчески стандарти в типични ситуации на болест, да се признават при този подход за изходни предпоставки. Предмет на КМА не е и субектът като такъв, макар именно той да прави избор, а това, което се случва *между* културата и субекта в ситуация на болест. При това КМА е основана преди всичко върху анализа на *разказите* на хората и затова методологически тя се изгражда от *перспективата на субекта*.

На основата на събраните данни медицинският антрополог, работещ в тази парадигма, е длъжен накрая да получи *модел за вземане на решения за лечение*, т.е. да експлицира правилата (алгоритмите) за вземане на тези решения. По-нататък този модел трябва да се *тества* на основата на други събрани данни (с други методи и от други респонденти от същата общност) – по такъв начин изследването трябва да има двупосочен дизайн.

Главната предпоставка на КМА се заключава в признаването на хората за *целерационални актьори*, т.е. за взимащи обмислени (рационални) решения за лечението си. С това положение, макар и не само с него, е свързана критиката по адрес на дадения подход. Нека да разгледаме логиката на контрасъжденията.

1) Персоналността, свободният и волеви характер на решенията за лечение, от гл.т. на опонентите на КМА, като минимум, имат само *аналитично значение*, защото подобни моделиращи изследвания са корелативни на нашата шаблонна и

идеологизирана представа за личностите като рационални актьори. Затова не трябва да се правят емпирични изводи от такива изследвания. А като максимум то се абстрахира от политико-икономическия, икономическия контексти на тези решения, от обективния социален ред, например, от наличието на социални ограничения. Тя се абстрахира също и от моралните и емоционалните мотиви при вземането на решение – така че КМА я упрекуват в „хиперрационализъм“ и „утилитаризъм“.

2) При това културата се свежда или до явление, което съпътства целенасоченият процес на взимане на решение, или обратното, опонентите на КМА смятат, че културата тук изцяло е напълно детерминира действията на човека, бидейки запис, до „когнитивен чертеж“, интелектуална структура или сценарий в неговото съзнание.

3) Още една контрапоза се състои в това, че убежденията на хората не предшества техните действия, или – по друг начин – хората не действат на основание на своите убеждения, така че отношенията между убеждения и действие трябва да се разбират в обратна последователност. Убежденията или културните предпочитания се проявяват в самото действие, а влияещите на избора фактори, които споменават в разказите си респондентите и на които антрополозите придават сериозно значение, могат да се окажат само *рационализации след действието* [Boster, 1984].

Отговаряйки на възраженията, Линда Гаро пише, че аналитичното разкриване на детерминиращите действието фактори на макроравнище не трябва да елиминират гледната точка на човека, вземащ решение. Тя цитира Саржънт: „Необходимо е да се подхожда диференцирано към проблемите за социалните сили, които оказват натиск върху хората (при това е възможно те дори да не знаят за това) и към процеса на вземане на решения, в които индивидите са уверени, че действат самостоятелно. Т.е. хората действат, като предполагат, че имат избор, на основата на който може да се вземе решение. Вземащите решение хора могат да не познават всички фактори, известни на външния аналитик, но това не лишава от основания изучаването на процеса на вземане на решения на основата на отчитане на фактите, убежденията и ценностите, от които изхождайки действа човек“ [Sargent, 1982: 12]. Изследването на взимане на решения има смисъл до тогава, докато хората (индивиди или колективи, например семейства) виждат пред себе си алтернативни линии на развитие на събитията. Освен това, решенията, които взимат хората, за представителите на КМА,



включват в себе си емоциите и затова такива опозиции, като *разсъдък/емоция* или *рационално/ирационално*, се оказват нерелевантни.

Тези опозиции, както и редица други тезиси, издигани от критиците на методологическите принципи на КМА, от гл.т. на Гаро, са предизвикани от *нормативното* разбиране на рационалността, докато КМА се основава на нейния *описателен* модел [4]. Нормативният модел на рационалността е ориентиран към това, как е *длъжен* да работи *разсъдъкът* в ситуации на избор. Необходимостта или предписанието се свързват в нормативния модел на рационалността с изискването за систематична и прагматична оценка на алтернативите, сложна калкулация на полезността, търсенето на оптимално решение, носещо максимална изгода при минимум разходи.

В средите на медицинските антрополози нормативните модели не получили подкрепа, защото те „не са психологически правдоподобни, тъй като те предписват на човека, вземащ решение, нереални способности в областта на обработка на информацията“ [Garro, 1998: 323]. Теоретиците на описателните модели на рационалността „съсредоточават своите усилия върху разкриване на това, как в действителност се вземат решения, като се опитват да разберат самия процес на разсъждение. Поради прилагането на опростяващи процедури или евристика, направените в реалния живот избори често не съвпадат с предсказанията на нормативните модели“ [Garro, 1998: 324]. Не сложните изчисления, а опростените когнитивни процедури, корелативни на общите културни знания за едни или други явления и *достатъчни за вземане на решения*, „ограничената рационалност“, по отношение на която „дебатите за разумност“, за споделени мисли и чувства, губят всякакъв смисъл – ето какво е предмет на КМА.

Гаро подчертава, че моделите за вземане на решения за лечение, които изработват антрополозите, представляват *формализирани* представи за тези стратегии на избор, към които се придържат хората. С други думи, моделите за избор, подчиняващи се на набор от правила, са теоретични обобщения на антрополога, а не конкретни конструкции в съзнанието на хората. „Подобно на другите модели, моделът за вземане на решения представлява само опростена представа за това, какво се случва в реалния свят“ [Garro, 1998: 328]. Заедно с това тя претендира за репрезентация. Например, за да се минимизира ефекта от постфактумната рационализация, която,

както често повтаря Гаро, ги е притеснявала в процеса на полевите изследвания, антрополозите са изяснявали, как респондентите оценяват алтернативните извън тях връзки с конкретна ситуация на избор. На първия етап на изследването, т.е. на етапа на разработване на модела, били използвани освен етнографски наблюдения, неформални разговори и различни структурирани интервюта, насочени към разкриване на оценките на доверие към едни или други лечебни алтернативи, към, експликация на шаблона на търсене на медицинска помощ, получаването на културно знание за отделни болести и симптоми и т.н. Гаро отбелязва, че при изследването се наблюдавала конвергенция на разностранните източници за получаване на информация.

Както вече бе споменато, изследването е имало и втори етап – етап на оценка, тестване на получените модели. В продължение на шест месеца антрополозите редовно (например през всеки две седмици) посещавали над 60 семейства, избрани по случаен начин и независимо от тези семейства, с които се провеждали интервютата през първия етап на изследването; при разговорите с хората се записвала детайлна информация за болестта, с която са се сблъскали семействата от времето на предходното посещение на антрополога, за предприетите действия и за това, какво ще правят респондентите ако избраните от тях форми на медицинска помощ не донесат положителни резултати. Този метод също така изглажда ефекта от рационализацията след избора, доколкото изследването по такъв начин се провеждало динамично, така че ретроспективните отчети се съчетавали в него с анализа на текущите събития в живота на респондентите. В крайна сметка, по думите на Гаро, прогностичният потенциал на изработените от антрополозите модели за вземане на медицински решения се потвърдил на втория етап почти на 90%.

Важен теоретически извод от проведеното изследване е тезата за процесуалния, конструктивистски характер на оценката на конкретната болест и перспективите за нейното лечение. „Например детската болест, която при нашата първа визита описваха просто като диария (diarrhea), която се лекува с домашни средства, при второто ни посещение можеше да бъде представена като пример за лоши очи [5], с което успешно се е справил народния лечител... Диагнозите или интерпретациите могат да се променят като реакция на различните резултати от няколко опита за лечение“ [Garro, 1998: 330]. Медицинските решения зависят не само от културното знание, но и от личния опит: личният опит и интериоризираните културни представи постоянно

взаимно се коригират. Затова моделът на вземане на медицински решения – не „когнитивни чертежи“, а подвижни „когнитивни инструменти“ [Garro, 1998: 330], са ориентири или ресурси, които хората използват като нов опит.

Гаро отговаря и на критиката от страна на други представители на КМА. Към изследването в Пичатаро се предявяват претенции, че то е съсредоточено към *предсказване* на поведението (на основата на оценки на стойността на лечението и вероятността от изцеление), а не към действителното *разбиране* на лежащите в основата му когнитивни процеси. В частност, се отбелязва, че в него недостатъчно се разграничават автоматизма, рутинността на първичните реакции към болестта (преди всичко – самолечението) и, от друга страна, обмислените, активните решения, че не е отчетен механизма на аналогия при оценката на рисковете, че при вземането на решения хората имат не само една цел (оздравяване), а, като минимум, няколко цели, така че винаги се изгражда някакъв порядък от приоритети [Mathews, 1982, 1987]. Като се съгласява с бележката, че самолечението, действително, представлява най-разпространената първична реакция към болестта и отчасти като признава, че критиката по адрес на изследването в Пичатаро, възможно е, да изисква допълнителен когнитивен анализ, Гаро се изказва в подкрепа на съвместяване на принципите на предсказване и разбиране, реализирани в нейното изследване, а също още веднъж уточнява, че при провеждането му са били взети предвид няколко цели – облекчаване на страданията, изцеление и минимизация на разходите – образуващи (в съответствие с разкрития алгоритъм на действие) порядък на приоритети в ситуацията на вземане на решение.

Във втората част на работата се разказва за още едно полево изследване на Гаро – в канадската община (резерват) Анишинаабе (Anishinaabe) в южно Манитобе, в която в този момент (1984–1989 гг.) са живели около две хиляди човека. Това изследване е трябвало да развие, да модифицира вече изработения модел на вземане на решение за лечение, доколкото в канадската община е съществувал друг, в сравнение с Пичатаро, политико-икономически контекст на здравеопазване, съвсем друга ситуация с достъпността на западната биомедицина: тя е била, първо, в наличност (лекарите са били на разположение в лечебния център три пъти в седмицата през деня), второ, достъпна икономически (лечението се покривало или от безплатна универсална застраховка, или със средства от федералното правителство). Нейните представители

насочвали пациентите към съответните профилни специалисти или към стационар (намиращ се на час път от Анишинаабе), така че след обръщане на пациентите към лекар, по-нататъшната инициатива в решенията принадлежала вече на него. Главното, обаче е, че Гаро в Анишинаабе се е опитала да създаде модел на вземане на медицински решения, в контекста на друг вид заболявания – *хроничните* болести. Моделът, изработен в Пичатаро, е имал отношение само към *острите* заболявания. Някои привърженици на КМА са предполагали, че само към такъв вид заболявания може да бъде приложен модела, описващ алгоритъма за вземане на решение. Още една сложност в Анишинаабе се състояла в това, че някои болести, например, т.н. „болест на Анишинаабе“, достоверността ѝ, е можело да се разглежда и възприема от местните жители различно, и, като следствие, хората предприемали различни действия. В този случай антропологът е трябвало да съедини представата за рационалност на действията и едновременно представата за различните видове на тази рационалност. Гаро се позовава на понятието на Шведер „дивергентна рационалност“ [Shweder, 1986], което е призвано да отрази факта, че „рационалността е съвместима с разнообразието“ [Garro, 1998: 343].

Освен лекари, представители на конвенционалната медицина, в Анишинаабе действали и народни лечители от два типа. Първите – „познавачи на билките“, безплатно или за определена цена (тютюн или пари) лекуващи, като правило, определен спектър болести, уменията на билкарите най-често се предавали по линия на семейството; вторите – притежателите на особена „дарба“ да общуват с духовни същности, навлизат в измененото състояние на съзнанието и посредством такива действия диагностицират причината за болестта и назначават лечението. Гаро ги нарича „лечители от Анишинаабе“. Хората отиват при тези лечители за препоръки, насоки за действие: лечителите от Анишинаабе насочват хората или към лекарите от биомедицината (ако смятат причината за болестта изключително физиологична патология), или започват да лекуват сами (ако смятат, че справянето с причините за болестта са в техните компетенции). Те не искат заплащане, но им е приятно да получават възнаграждение в размер, съответстващ на тежестта на болестта и избрано от самите пациенти. Тези разходи могат да бъдат доста осезаеми за жителите на канадската община. В „дарбата“ на лечителите от Анишинаабе е необходимо да се

вярва, но не всички жители ги възприемат като нейни притежатели, вярвайки, че те са само добри „познавачи на билките“.

Антрополозите са прилагали методологически същите средства, както и в Пичатаро, – наблюдения, неформални разговори, полуструктурирано интервю, класифициращи задачи за оценка на сериозността на болестта и симптомите, алтернативни лечебни действия. Също над 60 семейства регулярно са били посещавани от антрополозите, за да записват ретроспективните истории на болестта. Били получени два основни критерия за избор – вече не достъпност и стойност, а наличие в дома на лекарства и оценка на сериозността на заболяването. Жителите на общината се обръщали за медицинска помощ, ако нямали в наличност лекарства, ако притежаваните лекарства не помагали, или ако се преценило, че те няма да помогнат. След домашното лечение хората се обръщали в качеството на първа инстанция или към лекар, представител на конвенционалната медицина, или, ако подозирали наличието на болестта на Анишинаабе, – към лечител от Анишинаабе. Важно е това, че, обръщайки се към лечител от Анишинаабе, жителите на канадската община са можели да задействат две обяснителни конструкции за своите състояния и жизнени събития, налични в запас на културното знание. Едната обяснителна схема (*онджин*, *ondjine*) свързвала болестта с неправилни действия на човека в миналото, – болестта се разглеждаше като *разплата*, а лечението било насочено към поправяне на грешките, изкупление на вината и предотвратяване на бъдещи нещастия. В съответствие с втората схема – „порча“ – причините за болестта трябвало да се търсят в злия умисъл на други хора, а целта на лечението е същата, както и в първия случай.

Гаро дава като пример жена, на която след като няколко пъти по ред се разваляла колата, започнали пристъпи на световъртеж и главоболие, стигнала до извода, че причина за нейния проблем, е „порча“, т.е. тя се е разболяла от болестта Анишинаабе. В този контекст започнала да възприема и други събития от своя живот и след известно време решила да се възползва от терапевтичните възможности на лечителя. В подобни ситуации, които в изследваната община винаги носели върху себе си печата на неопределеността, така че първичния фрейм (първични схеми на интерпретация – Ъ. Гофман – бел. прев.) на болестта тук винаги е бил нееднозначен, хората се обръщали и към лекаря „за всеки случай“. Или обратното, дори когато човек не споделял вярата в особената „дарба“ на лечителите, той можел да се обърне към

него веднага след посещение на лекаря, възползвайки се от културно достъпните обяснителни модели като ресурс, при това без да променя своите убеждения.

Друг пример разказва за това, как серия от събития – счупен пръст на момче, спазми в дланите на майка му – може да бъде изцяло преинтерпретирана от хората, веднага щом в тази серия възниква ново събитие. Така счупеният пръст и спазмите били излекувани с ресурсите на биомедицината, но щом в дома на семейството станал пожар, жената и съпругът ѝ решили, че това е „порча“ и отишли при лечител, който ги снабдил със собствени „лекарства“. Интересно е например, че в ситуации на *онджин* интервала между свързващите събития и следователно, техните нови интерпретации, може да бъде разтеглен с години. Ето това „разнообразие от начини за приложение от хората на културно достъпни схеми към определени случаи на болест“ [Garro, 1998: 349] се обозначава в работата на Гаро с понятието „дивергентна рационалност“.

По такъв начин Гаро се съмнява във възможността за изграждане на модели на решения за лечение в общности, подобни на Анишинаабе. Моделът, предсказващ поведението на човека, не може да отчита „вътрешната културна вариация“ [Garro, 1998: 352], той няма да съдейства за разбирането на това, защо хората правят това, което правят. Още повече в тази община не винаги е възможно да се установи автономния субект на решенията, доколкото родствениците понякога предприемат лечебни действия, без да съобщават това на заболелия човек, а и локализацията на болестта в заболелия човек също, по мнението на жителите, не винаги се случва. Независимо от това емпиричното изследване, основано на теорията за „дивергентната рационалност“, може да доведе до адекватно разбиране на сложно изградения медицински избор.

Проблемът за съотношението между културата и индивидуалния опит с болестта се разглежда от Гаро и в рамките на свързаната когнитивна проблематика – наративното виждане на феномените болест и лечение. Накратко ще се спра върху този аспект от научната работа на Гаро, защото той е системно свързан с темата за медицинския избор.

През 1994 г. излиза 6-и брой на 38-и том на списанието „Social Science and Medicine“, съставен от Линда Гаро и Черил Матингли, който е изцяло посветен на наратива в медицинската антропология „Наративни репрезентации на болестта и лечението“ [Narrative Representations 1994]. Така се утвърдил възникналия още през

1990-а г. (на симпозиума на Американската Антропологическа Асоциация) извънредно продуктивен научен дует от съавтори и съредактори, съединил медико-антропологичните студии на Гаро с този интерес към наратива, феноменологията, опита с болестта, в частност с хроничната болест, който бил изначално характерен за изследванията на Матингли. Статията на Гаро в списанието е посветена на наративните репрезентации на опита с хроничната болест (на основата на разказите на пациенти с дисфункция на темпоромандибуларната става [6]). Антропологът показва, че независимо, че всеки път уникалният набор от жизнени обстоятелства да е факт, самобитността и индивидуалността на обяснителните схеми, разказите съдържат общи линии, непрестанни опити да се разберат сложните и трудно поддаващи се на лечение в рамките на северноамериканското здравеопазване симптоми. Освен това, тези разкази не са независими от общите културни схеми и модели на душата и тялото, от самото заболяване. Като описват влиянието на болестта върху живота на човека, наративите демонстрират, как общите представи формират интерпретациите и конструкциите на индивидуалния опит.

Във въведението към броя Гаро и Матингли посочват своя теоретически, философски интерес към наративната проблематика като такава и нейното отношение към медицинската антропология, повдигат някои методологически въпроси, свързани с наративните репрезентации и посочват най-различни перспективи на отношение към тях. Те разглеждат наратива като фундаментален начин за разбиране на живота във времето и неговите събитийни измерения, при това поставяйки акцент върху конструктивната същност на наратива: „Създаването на наратив представлява активен, конструктивен процес. Разказите не се ограничават до реконструкция на миналото, а се използват, за да се изрази разбирането за болестта в настоящия момент, а също, за да се антиципира бъдещето“ [Narrative Representations, 1994: 771]. Особеното е, че в самата подборка на статиите в списанието „Social Science and Medicine“ са планирани и отчасти реализирани различни изследователски перспективи в анализа на наративите за болестта и здравето: „...нاراتивът предлага път за размисъл за болестта, понякога от перспективата на пациента, понякога от гледната точка на лечителя, понякога от колективната позиция на социалната група“ [Narrative Representations, 1994: 771].

По-късно тозо теоретичен и практически интерес към наратива, към неговите евристични възможности в медико-антропологичните изследвания ще се прояви в

Линда Гаро още по-силно. Независимо от това, че първите два броя от списанието, събрани от Линда Гаро в съавторство с колеги, са широко известни в медицинската антропология и се смятат за образцови за тази наука, както и нейната монография за медицинския избор в мексиканското село, все пак според мен най-важният ѝ издателски и концептуален проект, развиващ епистемологичните възможности на когнитивната медицинска антропология и осъществен съвместно с Черил Матингли, представлява сборникът статии „Наратив и културно конструиране на болестта и здравето“, вдъхновен от работата в сутрешния петъчен семинар в Харвард по медицинска антропология заедно с такива известни учени, като А. Клайнман, Б. Гуд, М. Гуд. В книгата са представени различни, полемични по отношение една на друга гледни точки за познавателния потенциал на наратива в антропологията като цяло и в медицинската антропология, в частност, а също е направен опит да изясни често доста обърканата терминология на наративистиката.

Авторската статия на Гаро „Културното знание като ресурс за наративите за болестта. Спомени посредством отчети за болестта“ за пореден път ни представя антропологът и като полеви изследовател, и като теоретик. В статията се разглеждат когнитивните перспективи на паметта, поставя се въпроса, по какъв начин основаното на културата знание може да се прояви в качеството на навигатор, насочващо спомените за миналото. Методологически Гаро се опира на редица разлики, въведени в когнитивната психология, например на различието между *епизодична* и *семантична* памет, но основно на книгата на британския когнитивен психолог Фредерик Чарлз Бартлет „Памет“ (1932). В тази книга са описани експериментално получените изводи на Бартлет за това, че паметта работи като постоянен механизъм за преписване на миналото, за преобразуване на фактите, изменение на схемите за тяхното тълкуване под влияние на съзнанието за различни социални фактори. Достъпните от наличната култура сведения за болестта и нейните причини (източници – телевизионни програми, книги, разговори с непрофесионалисти и експерти) могат също да се разглеждат в качеството им на ресурс, способен да организира процеса на интерпретация и реконструкция на натрупания опит, на автобиографичната памет, смята Гаро. В статията тя изучава тези спомени, които се появяват в разказите на различни хора за болестите и ги съотнася с местните културни контексти. Интересува я корелацията между това, *какво разбираме* и това, *какво знаем*, или между това, *какво е известно* с



това, *какво е запомнено*. Статията е написана като обобщение на данните, получени в хода на полевите изследвания през различните години и в частност в община Анишинаабе.

Гаро привежда примери за спомени на хора за това, как и защо при тях се е появил диабет и анализира културните източници на обяснителните схеми, съдържащи се в техните разкази. Изводът на антрополога в най-общ вид е такъв: „Докато общоприетото знание в културата може да насочва спомените в определено русло, установяването на връзките с достъпното културно знание не протича в пряк, детерминистски маниер... наративите съдържат многовариантни перспективи и предполагат различни източници и изходи от болестта, оправдаващи продължителното търсене на лечение и поддържащи надеждата за възможността за излекуване... Вместо въвеждането на алтернативни, противоречащи си един на друг сюжети или обяснения в своите разкази, представителите на тази община често демонстрирали съчетаемост на различните възможни обяснителни системи“ [Mattingly, Garro, 2000: 74–75]. Наративистските изследвания на Гаро, по такъв начин, илюстрират и обосновават концепта „дивергентна рационалност“, който може да бъде разпространен (при определени допълнителни теоретически усилия) не само върху традиционните общности, но и върху медицинския избор, правен от хората в съвременните големи градове.

## **БЕЛЕЖКИ**

[1] Преводът е направен с любезното съдействие и съгласие на автора В. Л. Лехциер и главният редактор на списание „Медицинская антропология и биоетика“ Валентина Харитонова. Изследването е проведено при подкрепата на грант от РФФИ, проект № 17-06-00127-а. *Оригинално заглавие:* Лехциер, В. Л. (2017) Методология исследования Medical Choice в когнитивной медицинской антропологии Линды Гарро. В: *Медицинская антропология и биоэтика*, №2 (14) – бел.прев.

[2] За типологията и правните основи на народното лечение в Русия виж.: Харитонова, 2014; 2009.

[3] В тези случаи Маргарет Лок и Вин-Ким Нгуен използват термина „медицинска хибридизация“. Например, „когато в Китай, по време на Културната революция е било взето решение за това, че медицинската система трябва „да ходи на два крака“, правителството активно пропагандирало както биомедицината, така и китайската

медицина, която била вече подкрепяна от правителството от 30-те години на XX век“ (Lock, Nguyen, 2010: 64). Лок и Нгуен пишат, че Китай не е искал да премине изцяло към биомедицината поради икономически (тя е значително по-скъпа) и културни причини – съчетаващи националната гордост и вярата в собствената медицина. Ако за пациентите, обаче, действително е протекъл синтез на двете медицински системи, то самите тези системи се асимилирали несиметрично – „китайската медицина била трансформирана от биомедицината в значително по-висока степен, отколкото биомедицината от китайската медицина“ [Lock, Nguyen, 2010: 64]; освен това, институтите за здравеопазване, персоналът, училищата, отделите, списанията и др. в съвременен Китай, както и преди се „раздвояват“ по линия на китайска и западна медицина. За системната асиметрия, съпътстваща медицинския плурализъм (основно върху медицинския материал в Индия) виж.: Naraindas ed., 2014.

[4] „Моделите на вземане на решения могат да бъдат ориентирани към това, как хората трябва да правят избор (нормативни модели) или към това, как те правят избор (описателни модел). В случай на разногласия между тези два вида модели се повдига въпроса за човешката рационалност“ [Abelson, Levi, 1985: 232]. Гледната точка на Гаро, както и разликата в модела на вземане на решения, направено от Абелсън, могат да бъдат поместени в контекста на феноменологическата философия, в частност, съпоставени с позицията на Алфред Шюц. Шюц, като експлицира различни двусмислености, свързани с понятието „рационалност“ в неговото приложение към ежедневието, прави разлика „между рационалност на знание, служещо като предпоставка за избор и рационалност на самия избор“ [Шюц, 2004: 85]. Първият тип рационалност предполага ясно и отчетливо знание за всички цели, действия, най-добрите средства за тяхното постигане, а също и за взаимовръзките на целите, техните последици, пропуски, видове средства, реакции на други хора и т.н. Но такъв идеализиран модел на рационалност е характерен за научния разум и не е характерен, според Шюц, за ежедневно мислене. Затова социалният учен, като реконструира рационалната логика на едно или друго социално действие, е длъжен да се ръководи от *принципа за адекватност*, т.е. съвместимост на своята реконструкция с самия ежедневен опит.

[5] В българските народни вярвания лошите очи се свързват с т.нар. уроки – бел. прев.

[6] *темпоромандибуларна става* – това е ставата, която свързва темпоралната кост, която се намира отстрани на главата, с мандибулата, т.е. долната челюст. Благодарение на тази става човек е в състояние да отвори и затвори устата си – бел. прев.

## БИБЛИОГРАФИЯ

Михель Д. В. 2010. *Социална антропология на медицинските системи: медицинска антропология*. Саратов, Новый Проект.

**Михель Д. В.** 2015. *Медицинская антропология: исследуя опыт болезни и системы врачевания*. Монография. Саратов. Издательство Саратовского государственного технического университета.

**Харитонов В. И.** 2014. Неконвенциональная медицина в современной России, *Медицинская антропология и биоэтика* № 1 (7) <http://www.medanthro.ru/?p=2017> (10.10.2017)

**Харитонов, В. И.** 2009. „Шаманизм“ в современной России: к проблеме возрождения. *Этнографическое Обозрение*, № 6, с. 148–164.

**Шюц А.** (2004) *Избранное: Мир, светящийся смыслом*. Москва, РОССПЭН.

**Abelson R. P., Levi A.** 1985. Decision Making and Decision Theory. *The Handbook of Social Psychology*, vol. 1. L. Gardener and E. Aronson, eds. New York, Random House, p. 231–309.

**Baer H. A.** 2004. Medical Pluralism. *Encyclopedia of Medical Anthropology*. Health and Illness in the World's Cultures Topics, Volume 1; Cultures – Volume 2. New York, Kluwer Academic/Plenum Publishers. p. 109–116.

**Boster J. S.** 1984. Inferring Decision Making from Preferences and Behavior. An Analysis of Aguaruna Jivaro Manioc Selection. *Human Ecology*, Vol. 12, No 4, p. 343–358.

**Chrisman N. J., & Kleinman, A.** 1983. Popular health care, social networks, and cultural meanings: The orientation of medical anthropology. In D. Mechanic (Ed.) *Handbook of health, health care, and the health professions*. New York, Free Press, p. 569–580.

**D'Andrade R.** 1995. *The development of cognitive anthropology*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

**Dunn F.** 1976. Traditional Asian medicine and cosmopolitan medicine as adaptive systems. *Asian medical systems: A comparative study*, C. Leslie (Ed.). Berkeley, University of California Press, p. 133–158.

**Garro L. C.** 1998. On the Rationality of Decision-Making Studies: Part 1: Decision Models of Treatment Choice. Part 2: Divergent Rationalities. *Medical Anthropology Quarterly*, Vol. 12, No 3, p. 319–355.

**Garro L. C.** 2004. Cognitive Medical Anthropology. *Encyclopedia of Medical Anthropology*. Health and Illness in the World's Cultures Topics – Volume 1; Cultures – Volume 2. New York, Kluwer Academic/Plenum Publishers, p. 12–23.

**Lock M., Nguyen V.-K.** 2010. *An Anthropology of Biomedicine*. Oxford: Wiley-Blackwell.

- Mathews H. F.** 1982. Illness Classification and Treatment Choice: Decision Making in the Medical Domain. *Reviews in Anthropology*. Vol 9, Issue 2, p. 171–186.
- Mathews H. F.** 1987. Predicting Decision Outcomes: Have We Put the Cart before the Horse in Anthropological Studies of Decision Making. *Human Organization*, Vol 46, p. 54–61.
- Mattingly Ch., Garro L.** (Ed.) 2000. *Narrative and the Cultural Construction of Illness and Healing*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press.
- Narrative Representations of Illness and Healing** 1994. *Social Science & Medicine*, Volume 38, Issue 6, p. 771–862.
- Navarro V.** 1986. *Crisis, health, and medicine: A social critique*. New York, Tavistock.
- Sargent C.** 1982. *The Cultural Context of Therapeutic Choice: Obstetrical Care Decisions among the Bariba of Benin*. Dordrecht, Netherlands: D. Reidel.
- Shweder R. A.** 1986. Divergent Rationalities. *Metatheory in Social Science*. D.W. Fiske and R.A. Shweder, eds. Chicago, University of Chicago Press, p. 163–196.
- The Ethnography of Health Care Decisions.** 1982. *Social Science & Medicine*, Volume 16, Issue 16, p. 1451–1530.
- Young J. C., Garro L.** 1982. Variation in the choice of treatment in two Mexican communities. *Sot. Sci. Med.*, Vol. 16, p.1453–1465.
- Young J. C., Garro L. C.** 1994. *Medical Choice in a Mexican Village*, Prospect Heights, Illinois: Waveland Press. Reissue with changes of a book by the same title published in 1981 by Rutgers University Press. New Brunswick, New Jersey.

Превод от руски език: доц. д-р Божидар Ивков