

1-2/2017

EARO

journal for cultural and social anthropology





Cargo – Journal for Cultural and Social Anthropology 1–2/2017

ISSN 1212-4923 (print)

ISSN 2336-1956 (online)

Publication frequency: biannually

Monothematic Issue

Exploring Medical Anthropology

Guest Editor

Daniela Mosaad Pěničková

(Anglo-American University, Prague)

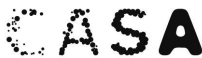
This issue has been supported by the Council of Scientific Societies of the Czech Republic.

Cargo is a peer-reviewed journal published by the Czech Association for Social Anthropology (CASA).

Cargo focuses on theory-and-practice of ethnographic research, critical discussion of anthropological theory, and on ethical issues of producing anthropological knowledge. The journal publishes academic articles, interviews with key scholars in anthropology, and texts debating methods of teaching anthropology.

Cargo seeks to present materials that are innovative, challenging, and sometimes experimental. As a journal publishing texts in Czech, Slovak, and English, Cargo aims to reach scholars whose fieldwork and topics are close to geographical area of Central and East Europe.

Cargo is listed in the European Reference Index for the Humanities (ERIH), category NAT.



CZECH ASSOCIATION FOR SOCIAL ANTHROPOLOGY

Contact Editorial Office

Cargo

Na Florenci 3

110 01 Praha 1

editors@cargojournal.org

<http://cargojournal.org>

www.casaonline.cz

Propojení zdraví s procesy formování identity a subjektivity má v antropologii hluboké kořeny a nejde jen o antropologii „medicínskou“. Je to proto, že se dotýkají principiálních otázek sociálních a humanitních věd, jako je vliv vzdělání, moci nebo společenského postavení na kulturní a sociální diferenciaci, včetně vnímání sebe a druhých. Zjednodušeně řečeno jsou reflexí sociálního postavení, podobnosti a jinakosti mezi sebou sama a druhými. Jak mnozí autoři poukazují, nejsou to substantiva *identita* a *subjektivita*, ale verba *identifikovat (se s)* a *stávat se subjektem*, která činí identitu a subjektivitu děním odvíjejícím se mezi lidskými bytostmi, a otvírají tím fascinující prostor pro zkoumání. Jak tři ze statí předloženého čísla *Cargo* a zpráva z mezinárodního kolokvia ilustrují, klíčovým analytickým nástrojem tohoto zkoumání v antropologii je etnografie, včetně autoetnografie. Úvodní etnografie Susanny Trnkové přináší poutavou komparaci formování subjektivity v kontextu vnímání času v léčbě astmatu na Novém Zélandu a v českých lázních. Etnografický narativ Markéty Doležalové zachycuje transformaci postoje romské migrantky k závažnému onemocnění v důsledku konvertování k pentekostálnímu hnutí. Trojici etnografických statí propojující zdraví s formováním subjektivity doplňuje autoetnografie Alžběty Wolfové, která analyzuje procesy sebepoznání a sebedisciplíny skrze praktikování ájurvédy v české společnosti. Zpráva z mezinárodního kolokvia „Consequences of Ethnography: Knowing Violence via the Self and the Aftermath“ pak otevírá okno do světových etnografií: Veeny Dasové, která zde vystoupila s příspěvkem k tématům sociálního utrpení, subjektivity a každodenní zkušenosti v indickém slumu, Davida Mosseho přinášejícího až mrazivě podmaňující autoetnografii vyrovnávání se se sebevraždou syna a Jonathana Stilloa, který nabízí kombinaci etnografie a autoetnografie subjektivity na pozadí výzkumu efektivity léčby TB v Rumunsku.

Historicky významným autorem propojujícím tvorbu identity a subjektivity se zdravím byl od 60. let například Erving Goffman, který se ve své zásadní esejí *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity* (1963) jako jeden z prvních soustřeďoval na formativní efekt zdravotních problémů na lidskou identitu. O tři roky později vyšla práce *Being Mentally Ill: A Sociological Theory* (1966) a rok na to *Mental Illness and Social Processes* (1967) Thomase Scheffa, který je spolu s dalšími sociology považován za představitele tzv. *labeling theory*, rozvíjející se v 60. a 70. letech minulého století. Scheff předpokládal, že psychická nebo duševní choroba je nálepka, kterou si člověk vyslouží, přesahuje-li jeho chování hranice společenských konvencí a je chápáno jako deviantní. To, co je na jeho díle zásadní pro obecné principy *labeling theory*, je hypotéza, že s nálepkou nemoci, ať už somatické, nebo psychické, člověk dostává od svého okolí relativně uniformní řadu reakcí a chování, které ho tlačí k jednoznačnému přijetí „role nemocného“, kterou

dříve či později internalizuje a identifikuje se s ní. Nemoc je proto sociální role a hlavním determinantem jejího vzniku je reakce společnosti k jedinci se zdravotním problémem.

Je důležité podotknout, že Scheffova myšlenka a *labeling theory* jako celek staví na dílech dřívějších autorů, jako byl Émile Durkheim a jeho *Le suicide* (1897), Frank Tannenbaum a jeho studie *Crime and the Community* (1938) – jejímž centrálním empirickým zjištěním bylo, že čím důrazněji lpělo okolí mladého problémového člověka na nálepce delikventa, tím silněji se s ní identifikoval a recidivoval – a v neposlední řadě na odkazu George Herberta Meada, především jeho díle *Mind, Self, and Society* (1934). Ačkoliv vzděláním sociolog a klasický psycholog, Mead je právem považován za nepsaného zakladatele psychologické antropologie, když v rámci směru, který jeho žák Herbert Blumer pojmenoval „symbolický interakcionismus“, vytvořil prostředky sloužící (nejen antropologům) ke zkoumání subjektivity. Mead se soustředil na interní procesy, kterými lidská mysl formuje obraz sebe sama. Centrálním konceptem jeho bádání byla ta část lidského „já“, která je zodpovědná za vytváření vědomí sebe sama a představ o sobě sama (anglické *self-awareness* a *self-image*). Zdůraznil, že lidský sebeobraz je formován představami o tom, jak si myslíme, že nás vnímají ostatní. Lidské chování je pak výsledkem významu vytvářeného sociální interakcí, intersubjektivitou.

Mapujeme-li historii průniku tématu subjektivity a zdraví, je nezbytné zmínit odkaz Maurice Merleau-Pontyho, jehož zásadní dílo *Phénoménologie de la perception* (1945) a následné práce, včetně posmrtně vydané *Le visible et l'invisible* (1964), nejsou přímo spojovány s *labeling theory*, ale jeho fenomenologie tělesnosti a vnímání vytvořila koncepce, na kterých staví mnozí současní antropologové zabývající se zvědoměním zdraví a nemoci. Jeho teorie propojující tělesnost a subjektivitu přinesla nejenom možnost překonání karteziánského dualismu duše a těla, ale zároveň otevřela dveře humanitním vědám, jejich přístupům a metodám, do studia lidského zdraví. Podle Merleau-Pontyho duševní zdraví (dnes bychom řekli také psychosomatické zdraví) pramení ze smyslu, který v životě vytváří propojení vědomí člověka a světa, který jej obklopuje a který vnímá skrze tělesnost. Francouzský myslitel zdůraznil význam lidské tělesnosti jako něčeho, co není jen náhodnou okolností (předmětem v chemicko-fyzikálním světě), ale určující podmínkou lidského bytí, včetně formace identity, protože je naší perspektivou vůči světu a uskutečňuje v něm naše záměry. Člověk se ke svému okolí skrze své tělo a jeho schopnosti vnímání vztahuje jedinečným, tedy diferencujícím a zároveň selektivním způsobem.

Specificky antropologické výzkumy později navázaly a rozšířily výše zmiňované konceptualizace bádáním nad tématy jako *spirit possession*, náboženská léčba nebo přechodové rituály k iniciaci elévů do role léčitele, věstce či šamana. Společným jmenovatelem všech těchto studií je tvorba a transformace identity. Identifikace

s konkrétní skupinou, komunitou nebo společenstvím, včetně etnicity, národnosti, kmenové příslušnosti atp. umožňuje propojení příslušníka skupiny s konkrétním léčitelským nebo terapeutickým systémem a hodnotami a předpoklady, na kterých stojí. V západní společnosti pak vztažení se a loajalita k systémům jako homeopatie, ájurvéda, přírodní nebo domorodé tradiční léčby představují procesy, které označujeme jako medicínské kulturní politiky, vymezující člověka praktikujícího jeden systém vůči druhému (většinou dominantnímu) systému, jimž je zpravidla biomedicína a její chápání lidského zdraví.

První zařazený článek Susanny Trnkové argumentuje, že napříč liberálními společnostmi jsme svědky akcentování takového vnímání času, které klade důraz na řízení, kontrolu a transformaci subjektivity ve smyslu sebekontroly. Efektivní management času a z něj plynoucí produktivita se staly klíčovými v procesu sebepoznání, které jsou v neoliberální společnosti stále výrazněji považovány za předpoklad dosažení a udržení lidského zdraví skrze sebedisciplínu. Trnková vyzdvihuje roli farmaceutického průmyslu v produkci této neoliberální časové determinace, kdy průmysl tlačí na novozélandské lékaře, aby svou praxí vytvářeli systematickou, časově pravidelně strukturovanou spotřebu farmak u svých pacientů s astmatem. Do protikladu k těmto praktikám staví lázeňské pobyty pro astmatiky v Čechách, které, ačkoliv také staví na sebedisciplíně, cílí na snížení potřeby léků.

Fungující na principu „totální instituce“, který rozvinul Erving Goffman, české lázně vytváří pro matky (rodiče) astmatiků jedinečné, izolované prostředí s rigorózním programem a důsledně dodržovaným režimem, který klade vysoké nároky na *self-management*. Zároveň vytváří prostor oproštěný od každodenních povinností a běžného prožívání času. Pacienti jsou institucionalizováni do nových vzorců chování, rutin a perspektiv, které zahrnují transformace do jiného časového rozvrhu, tempa a jiného bytí ve svém těle. To je založeno na oddělení od běžné existence, na důrazu na řád a disciplínu, ale zároveň na prožitkových terapiích s akcentem na příjemný pocit (např. muzikoterapie, klimatoterapie). Prožitek příjemného, zejména ve spojitosti s trávením času venku při pohybových aktivitách, které jsou vnímány jako trénink disciplíny těla, je jedním z těžišť lázeňské terapie. Otužené tělo je například zdravější a soběstačnější (nepotřebuje léky). Autorka zmiňuje, že instituce očekává, že si nové prožívání svého těla a naučené strukturované režimy pacienti odvezou s sebou a budou je aplikovat po návratu domů v rámci reciprocity za investici do nich státem vloženou.

Trnková přináší řadu citací, které reflektují vysokou spokojenost až nadšení rodin, zejména matek doprovázejících své děti, s pobytem v lázních. Přesto jsou lázeňské léčebné terapie řadou odborníků kritizovány pro nedostatek exaktních vědeckých dat prokazujících efektivitu léčby chronických onemocnění jako je astma. Kritika a privatizace mnoha lázeňských institucí vedla k výraznému poklesu návštěvnosti českých lázní, byť je v posledních letech znovu mírně na vzestupu.

Trnková poukazuje na fakt, že prožitek příjemného, disciplína nebo změna v rytmu a obsahu denních aktivit a jejich vnímání jsou proměnné, které jsou metodami jako RCT (*randomized control trial*) těžko měřitelné. Odtud plyne strategie ředitelů a zdravotníků hájit lázeňské léčebné metody na základě argumentu, že jsou efektivní jako balíček či komplex procedur. Ačkoliv z jejich strany jde především o strategii marketingovou, Trnková uzavírá, že v antropologické perspektivě rozhodně dává smysl. Odkazuje totiž na koncept nejednoznačnosti (*ambiguity*) ve vnímání času v interakci se změnou vnímání těla – proces, který není kvantifikovatelný a měřitelný metodami jako RCT, vyžadovanými západní EBM (*evidence-based medicine*). Do kontrastu staví formování času a vnímání časovosti farmaceutickými společnostmi a konvenčními zdravotníky léčícími astma na Novém Zélandu, kteří si stěžují na nedodržování léčebných postupů (*non-compliance*), jako je preventivní, pravidelné užívání kortikoidů a inhalátorů, až u 80 % pacientů. Autorka vysvětluje, že pacienti nejsou nezodpovědní, ale reagují na sociální faktory (ideologie), které jsou součástí biomedicínské diagnostiky chronických onemocnění. Mnozí lidé, které studovala, vnímají astma jako diskrétní epizody potíží, mezi kterými se cítí být zdravými. Naproti tomu farmaceutické společnosti a jejich lobby nastavují časovost ve zdravotnické péči tak, aby proměňovala lidská těla v permanentní výrobce nemoci, které je nutné infinitně léčit. Aby péče byla efektivní, je třeba je disciplinovat do pravidelných cyklů sebe-monitoringu a preventivní farmaceutické léčby.

Narativ romské migrantky ze Slovenska v Anglii, který přináší stať Markéty Doležalové, je reflexí medicínských kulturních politik vymezujících subjektivitu mladé ženy, Martiny, v systémech západní medicíny a spirituální léčby pentekostální víry. Popisem doprovodné jízdy na hemodialýzu vykresluje autorka ponurou atmosféru nemocniční zástavby odrážející depresivní ekonomickou situaci, v důsledku které jsou postupně zavírány jednotlivé části objektu. Skrze provázení pacientky nehostinným nemocničním areálem a rutinními úkony, nezbytnými, aby hemodialýza mohla proběhnout, zachycuje její percepci dění. Momentem napojení na dialyzační přístroj vnímá Martina transformaci svého těla na objekt, který je třeba vyčistit, aby fungoval. Její mysl se odtělesní, vydělí z prožívání těla (*disembodiment*), a ona při četbě (většinou Bible) čeká na dokončení čištění krve, které vnímá jako nutnou, avšak zcela odosobněnou proceduru, při níž nejenže se vnímá mimo své tělo, ale i jako oddělenou od zdravotnického zařízení a jeho zaměstnanců.

Prožívání hemodialýzy kontrastuje se zkušeností uzdravování v systému křesťanské pentekostální víry, konkrétně Life and Light Church, ke které Martina konvertovala v Leeds. Jádrem víry hnutí vychází z biblického příběhu, v němž se klade důraz na Ježíšovo zmrtvýchvstání a život po smrti. Konvertité s ním a bohem mohou přímo komunikovat a interagovat v procesu „zpřítomnění“. Skrze zúčastněné

pozorování na pentekostálních shromážděních Doležalová ilustruje, jak konverzi dochází k přijmutí Ježíše a nabytí nové sociální identity, která vytváří nové významy a vnímání. Sociální realita je vytvářena skrze interní světy, jejichž obsah v pentekostální víře významně utváří náboženská imaginace. Sugestivní kázání pastorů, nejednoznačnost jazykových výrazů, emocionální hudba, zpěv komunity, ale i meditace a osobní modlitba se řečeno s Luhrmannovou a Morgainovou (2012) stávají *tréninkem pozornosti* k interním stimulům, jako je „zpřítomnění“ vizualizací, a smyslovým vjemům interakce s Ježíšem v konkrétních situacích (především když uzdravuje), a zároveň přináší dovednosti upozadování vnějších stimulů.

Skrze čítankové následování Kleinmanových principiálních kategorií medicínské antropologie z klasického díla *The Illness Narratives* (1988), které rozlišují mezi subjektivně vnímanou nemocí (*illness*), diagnostikovanou chorobou (*disease*) a sociálně determinovaným onemocněním (*sickness*), Doležalová ilustruje jejich vymezení v žité realitě mladé ženy. Disfunkce ledvin se jako diagnostikovaná choroba přesouvá náboženskou konverzí do pozadí jako vnější stimul, méně důležitý než interní stimuly, které v ní zpřítomňují boha a přináší spirituální léčbu. Její prožitek vytváří novou realitu – nový fenomenologický svět, ve kterém se transformuje prožívání sebe sama, vztah k času a nemoci. Zatímco cílem západní léčby je uvedení těla do původního fyzického stavu nebo výchozí biologické funkcionality, záměrem náboženské léčby je rétorické posunutí identity člověka do nového (duchovního) stavu, který není totožný ani s časem před nemocí nebo chorobou, ani se současnou realitou nemoci nebo choroby (Csordas 2002). V závěru uvádí Doležalová tezi, která svým zobecňujícím charakterem působí poněkud problematicky. Píše, že evropští Romové mají k učení charismatických hnutí jako je Life and Light Church díky sdílené zkušenosti utrpení (jako je Ježíšovo ukřižování) blíže než jiné kulturní skupiny, protože mají extenzivní zkušenost s chudobou a sociálním vyloučením.

Článek Ivana Součka „Obraz indické medicíny“ kriticky rozkrývá historicko-spoločenské pozadí diskurzivního paradoxu, kdy na jedné straně západní kultury interpretují tradiční indickou medicínu jako postavenou na primitivních, nevědeckých představách o fungování lidského těla, protkaných náboženskými pověrami, zatímco na druhé straně ji vnímají jako klasické dědictví lidské moudrosti a důkaz existence mýtického zlatého věku humanity či jakéhosi společného prazákladu všech starověkých civilizací. Její jednotlivé praktiky jsou přejímány a v různých podobách reprodukovány ve většině západních zemí současného světa. Existující paradox vychází z absence pohledu, který by vnímal indické medicínské praktiky jako jakýkoliv jiný kulturní jev, jenž staví na heterogenních souborech idejí a vhlédů, vyvíjejících a transformujících se v čase a prostoru.

Úvodem autor zdůrazňuje, že se o indických tradičních medicínských praktikách jako ájurvéda a júnání-tibb hovořilo, a hovoří, jako o statických systémech

zakonzervovaných v historii dávnověku, kterých se moderní dějiny dotkly a ovlivnily je jen minimálně. Tzv. orientalistická (koloniální) literatura, zformovaná převážně v 18. století, vychází z předpokladu, že tradiční medicínské principy pochází ze starověku, který je vnímán jako nadčasová etapa, v níž byly zdroje poznání chápány transcendentně (jako dary bohů) a jsou jak nezpochybnitelné, tak zároveň uzavřené jakémukoliv vývoji. Tento pohled zásadním způsobem mění postkoloniální přístup bádání, který přináší kritickou analýzu prezentace tzv. Orientu západními společnostmi. V tomto rámci Souček podrobně vykresluje historické periody intenzivního sblížování a rozkolu evropských a indických praktik, ať to byla odkázanost prvních kolonistů hlavně na začátku 16. století na pomoc místních díky specifickým klimatickým podmínkám, nebo až obdivný postoj k indické astronomii, matematice a medicíně evropských badatelů v 18. století, který vyústil například v založení Asijské společnosti Williamem Jonesem, byť je tyto snahy důležité vnímat v širším kontextu politického záměru kolonistů poznat, ovládnout a následně transformovat indickou společnost. Díky tomu, že se evropská orientalistika vytvářela primárně jako lingvistická disciplína, důraz se (arbitrárně) kladl na interpretování archaických literárních pramenů indické civilizace. V tomto procesu museli kolonisté spolupracovat s místními vzdělanci. A protože jedněmi ze spolupracovníků byli hinduističtí duchovní, zažil se v západních společnostech redukcionistický pohled, že hinduismus je celohindické náboženství.

Autor uvádí, že zásadní obrat v relativně liberálním postoji Britů vůči různým projevům indické kultury přišel v 19. století, kdy britská koloniální správa zahájila intenzivní transformaci technologie, komunikace a legislativy s cílem vytvořit moderní indický stát. S tím souvisely i kritické postoje k místním medicínským postupům, které byly označeny za nevědecké, neúčinné a hodné vytlačení. Souček zdůrazňuje, že v tomto procesu sehrálo významnou roli i místní obyvatelstvo, kdy některé skupiny (např. tzv. nová indická intelektuální elita, indiští lékaři vzdělaní v západní medicíně) přebíraly koloniální postoje a vehementně se podílely na jejich aplikaci. S jejich přičiněním se západní medicína ukázala jako efektivní nástroj demonstrace nadřazenosti evropského intelektu a legitimacy koloniálního uspořádání, protože vykazovala signifikantní možnosti ovlivnit jak sociálně-kulturní, tak materiální stránku života v zemi. Souček uzavírá historický přehled společenských změn obdobím po roce 1947, kdy Indie získala nezávislost a všechny místní formy medicíny našly širokou podporu politických představitelů usilujících o budování jednotné národní identity.

To vytvořilo poměrně komplikovanou situaci ve vztahu k dříve na vládní úrovni akceptované západní medicíně a roztržštěnosti místních medicínských praktik, jež byly koloniální vládou systematicky potlačovány. Výsledkem jsou pokračující snahy jak o revitalizaci tradičních medicínských praktik, tak o jejich syntézu a standardizaci vzdělávání. Produktem těchto snah je vznik moderní ájurvédské medicíny,

jejíž základ je interpretován jako vycházející z nejstarších existujících literárních útvarů v Indii. Naproti tomu větev, která se rozšířila a rozšiřuje za hranice Indie, především do Evropy a Spojených států (např. v rámci hnutí New Age), se označuje jako globální ájurvéda. Autor má za to, že svému masívnímu rozšíření vděčí jednak vzrůstající opozici vůči technologicky a empiricky orientované a odosobněné západní medicíně a jednak hnutím jako TM (transcendentální medicína). Jeho zakladatel Maharaši Mahéši Jógi jej definoval jako holistický přístup k lidskému bytí (zdraví) vedoucí mysl do nitra k podstatě přirozenosti. Podle Jógiho dokonce představuje základní stavební prvek pro všechny medicínské systémy, včetně medicíny rozvinuté ve starověkém Řecku, která dala základ západní medicíně. Autor však zdůrazňuje, že bez ohledu na popularitu (a s ní ruku v ruce jdoucí komercializaci) globální ájurvédy existuje jen několik málo západních vzdělávacích institucí, které integrovaly indickou medicínu do svého curricula, což znamená, že tyto léčebné praktiky nedosáhly signifikantní míry formálního společenského uznání a legitimacy za hranicemi jižní Asie.

Historicko-společenský diskurz do formování tradiční indické medicíny, její prezentace, interpretace a praktikování v západní společnosti vytváří metodologický kontext pro čtvrtou zařazenou stať. Jedná se o poutavou případovou studii Alžběty Wolfové, která v rámci antropologického bádání, ale i jako součást vlastního rozvoje, absolvovala dvě ájurvédské školy v českém prostředí (tzv. Ájurvédskou univerzitu Dhanvantri a Školu ájurvédské medicíny Pavola Hlůšky) – podle Součkova dělení tedy školy globální ájurvédy. Ve svém článku nejprve detailně mapuje nabídku vzdělávání v této oblasti včetně popisu center a jednotlivých lektorů v České republice a zasazuje svůj výzkum do vyčerpávajícího přehledu literatury věnující se jak studiu praktikování ájurvédy, tak tzv. KAM (komplementárních a alternativních medicín). Ze zmiňovaných dvou škol vzešla většina participantů autorčina dlouhodobého terénního výzkumu. V uvedeném textu se zaměřuje na dva z nich a doplňuje je autoetnografií praktikování ájurvédy, které reflektuje na pozadí svého teoretického vzdělání v oblasti KAM a pomyslných i reálných rozhodnutí se spolužáky ájurvédy o svých zkušenostech. Prostřednictvím analýzy těchto tří narativů (včetně vlastního) studie detailním způsobem sleduje procesy uvědomění si sebe sama a zvědomění svého těla a jeho interakcí s okolním světem skrze učení se a praktikování ájurvédy. Zaměřuje se na důsledky vtažení poznání a praxe této metody do každodennosti praktikujících a polemizuje o tom, zda neustálá kontrola zacházení s vlastním tělem nevede v důsledku spíše ke znejišťování aktérů, kteří jsou nuceni vyrovnávat se s řadou dilemat.

Wolfová vychází z premisy, že mnoho lidí praktikuje KAM z jiných než čistě léčebných důvodů. Zajímá je rozvíjení dovednosti uvědomění si svého těla, propojenosti jednotlivých částí těla, podstaty interakcí těla s okolním (nejen přírodním) prostředím a následná schopnost kontroly těchto procesů. Pracuje přede-

vším s konceptem *poznávání*, které definuje jako proces, jenž začíná nabytím teoretických poznatků. Následuje jejich aplikace v každodenní praxi, která, jak dokládá autoetnografií, může být značně komplikovaná, protože ájurvédské postupy jsou v kontextu rytmu života západní společnosti náročné na soustředěnost a čas. Podle autorky neexistuje uniformní cesta poznávání, ale v důsledku skutečnosti, že tělo, jako systém sestávající ze soustav těl a myslí, je jedinečné, každý člověk poznává jinak. V procesu poznávání pak identifikuje jako klíčový moment *rozpoznání* podstaty vlastních pocitů a (nejen zdravotních) problémů, které předtím postrádaly smysl. Koncept poznávání (a rozpoznání) rozvíjí Wolfová od schopnosti chápání ájurvédských léčebných postupů k transformaci vlastního přemýšlení a zažívání těla, včetně „praktikování“ těla a jeho interakce s prostředím. Tím jsou těla osob praktikujících nově tvořena nebo, jak název napovídá, nově „dělána“. Slovy v úvodu citovaného Merleau-Pontyho (1945) autorka konceptualizuje tělo jako centrum, ve kterém se potkávají tři roviny lidské existence: zvědomění se a vnímání sebe sama, vnímání sebe a ostatních jako objektů interakce a vytváření významu a smyslu v životě.

Všechny uvedené statě, byť Součková studie tak činí nepřímě, staví na konceptu těla jako předmětu bádání, který je alternativou karteziánského „cogito“. Stojí tak v přímém střetu s redukcionismem, ať biologickým, sociálním nebo psychologickým, který na rozdíl od antropologického přístupu neumožňuje vnímat zdraví a léčení jako kulturně specifický proces, jehož součástí je společenská definice toho, co znamená být lidskou bytostí, zdravou či nemocnou. Etnografie formování identity a subjektivity v oblasti zdraví umožňuje vidět lidské bytosti nikoliv jako odtělesněné myslí nebo naopak komplexní biologické stroje, ale jako heterogenní soubor aktérů, jejichž subjektivita je aktualizována formou jejich fyzického, intelektuálního a emocionálního zapojení se do světa.

Daniela Mosaad Pěničková

BIBLIOGRAFIE

- Csordas, Thomas. 2002. *Body, Meaning, Healing*. New York: Palgrave.
- Durkheim, Émile. 1897. *Le suicide*. Paris: F. Alcam.
- Goffman, Erving. 1963. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Kleinman, Arthur. 1988. *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*. New York: Basic Books.
- Luhrmann, Tanya M., a Rachel Morgain. 2012. „Prayer as Inner Sense Cultivation: An Attentional Learning Theory of Spiritual Experience.“ *Ethos* 40 (4): 359–389.

- Mead, George Herbert. 1934. *Mind, Self, and Society: From the Standpoint of a Social Behaviorist*. Chicago: University of Chicago Press.
- Merleau-Ponty, Maurice. 1945. *Phénoménologie de la perception*. Paris: Gallimard.
- _____. 1964. *Le visible et l'invisible*. Paris: Gallimard.
- Scheff, Thomas. 1966. *Being Mentally Ill: A Sociological Theory*. Chicago: Aldine Press.
- _____. 1967. *Mental Illness and Social Processes*. New York: Evanston.
- Tannenbaum, Frank. 1938. *Crime and the Community*. New York: Columbia University Press.

Stati / Articles

- Susanna Trnka: *Patients, Pharmaceuticals, and Time: Reclaiming the Temporal Ambiguities of Illness and Healing through an Ethnographic Analysis of Asthma* . 1
- Markéta Doležalová: "Come with Us and You Will Be Saved": Religious Conversions and Healing among Roma Pentecostal Converts 19
- Ivan Souček: *Obraz indickej medicíny: od koloniálnej minulosti po súčasnosť / Images of Indian Medicine: from the Colonial Past to the Present* 35
- Alžběta Wolfová: *Dělání ájurvédských těl / Doing Ayurveda Bodies* 51

Rozhovor / Interview

- Daniela Mosaad Pěničková: *Interview with Veena Das in Reflection of Colloquium "Consequences of Ethnography"* 71

Zpráva z kolokvia / Colloquium Report

- Daniela Mosaad Pěničková: *Villa Lanna International Colloquium Report* 81

Recenze / Book Reviews

- Daniel Sosna: *Petr Květina a kol.: Minulost, kterou nikdo nezapsal* 93
- Nikola Balaš: *Robert A. Segal: Stručný úvod do teorie mýtu* 99

Patients, Pharmaceuticals, and Time: Reclaiming the Temporal Ambiguities of Illness and Healing through an Ethnographic Analysis of Asthma

Susanna Trnka

Abstract: Across many advanced liberal societies, there has been an ostensible reduction in the variability of temporal perspectives, affecting a wide range of facets of contemporary life. With respect to chronic illness, illness and health trajectories are increasingly articulated through the imperatives of self-management programs and evidence-based medicine, both of which link the temporality of coping with illness to the profit-generating ventures of multi-national pharmaceutical companies. The discipline of anthropology has, however, long demonstrated the co-existence of multiple temporalities, highlighting the variability and malleability of understandings and lived experiences of time, as well as modes of temporal reckoning. This paper focuses on asthma treatment in New Zealand and the Czech Republic, examining variable experiences of the self and the symptom-within-time, as well as the ambiguous pleasures of stepping outside of everyday social rhythms. I argue that ethnographically examining the fluid and sometimes ambiguous nature of the temporalities of illness and healing trajectories can act as a counterpoint to advanced liberalism's promotion of subjective forms which are predicated on an increasingly constricted range of temporal visions.

Keywords: ambiguity, temporality, pharmaceuticals, asthma, pleasure, Czech Republic, New Zealand

Across advanced liberal societies a specific mode of reckoning and controlling time has become a key strategy for maximizing productivity, self-knowledge, and well-being.¹ One of the consequences is a reduction in the variability of temporal perceptions of many facets of contemporary life. With respect to chronic illness, for

¹ These ideas were first presented in the keynote lecture “Reclaiming the Ambiguity of Time: Illness and Healing, as Cases in Point”. 4th Biennial Conference of the Czech Association for Social Anthropology. Charles University, Prague, Czech Republic. October 1, 2016.

example, illness and health trajectories are increasingly articulated through the imperatives of self-management programs and evidence-based medicine (EBM), both of which link the temporality of coping with illness with the profit-generating ventures of multinational pharmaceutical companies.

The discipline of anthropology has, however, long demonstrated the co-existence of multiple temporalities, highlighting the variability of understandings and experiences of time and modes of temporal reckoning. This article focuses on how ethnographic attention to the ambiguous temporalities of illness and healing trajectories can stand as a counterpoint to advanced liberalism's promotion of subjective forms predicated on an increasingly constricted range of temporal visions.

My analysis is grounded in comparative fieldwork on childhood asthma treatments in New Zealand and the Czech Republic. From 2010 to 2016, I spent a few months each year conducting fieldwork among families of children with asthma, respiratory scientists, physicians, and environmental activists in the Czech Republic. Over the same period, I led a team of five graduate students in conducting interviews with families, physicians, alternative health providers, and health policy experts across New Zealand. Here I consider just two phenomena that emerged from this research: variable experiences of the self and the symptom-in-time among New Zealand asthma sufferers, and the pleasures of stepping outside of everyday social rhythms among Czech spa visitors.²

Like many Western, neo-liberalizing nations, New Zealand has transformed its healthcare services, streamlining professional care and increasing patients' involvement in self-care, often through the promotion of "self-management" programs. While physicians, nurses, and other medical professionals stress the importance of patients taking responsibility for their own care, they also decry low levels of patient "compliance" with the medical instructions they receive, particularly when it comes to the use of long-term, preventative medication for chronic conditions. My interest here is the role that differing temporalities play in constituting this conundrum.

In contrast to the streamlining of care in Western nations, asthma care in the Czech Republic takes many different forms. One of these, drawing from centuries' old understandings of the curative powers of water and, more broadly, exposure to the natural elements, is the spa sojourn. Contemporary spa care, I argue, raises another set of questions with respect to the temporalities of medicine, this time focused on the often hidden temporal trajectories of care. Aspects of healing that tend to fall far outside the scope of EBM – such as the imposition of radically dif-

² The case studies first appeared in a comparative analysis of asthma care in New Zealand and the Czech Republic (Trnka 2017a). A more thorough analysis of Czech spas also appears in Trnka (2017b), which I draw from here.

ferent temporal rhythms to patients' lives during their 6 week spa stay – become of key concern here.

Taken together, these two examples, I suggest, make a case for why we should pay greater attention to time's ambiguities, in both senses of the word.

Conceptualizing Ambiguity

Ambiguity, according to the *Stanford Encyclopaedia of Philosophy* is “a word or phrase that enjoys multiple meanings” (Sennet 2016: 1). Significantly, linguistics and psychology offer a second possible definition of ambiguity, as something “unclear as to meaning” (Ainsworth-Vaughn 1994). I draw on both definitions here.

In anthropology, the concept of ambiguity has arguably received the most explicit attention in studies of speech and communication. Michael Jackson (1982) and Charles Piot (1993), for example, examine how the ambiguity of indirect speech allows individuals to strategically exploit the possibility of disclosing something without actually articulating it. Similarly, Nancy Ainsworth-Vaughn (1994) describes the power of rhetorical questions in patient-doctor encounters in the US, suggesting how patients undermine medical authority by posing ambiguous comments about medical professionals' competence.

This is not to suggest that ambiguity does not feature in other anthropological studies. It does, including in works whose theoretical leanings might suggest they would be the *least* open to embracing ambiguity. Structural functionalism, for example, is well known for envisioning society as characterized by set social roles. Nonetheless, some structural functionalists, such as Irwin Press (1968), highlighted the importance of “role ambiguity” as a means of understanding social change. For instance, in his examination of Yucatan peasant communities, Press described the ambiguous role of the “culture broker” as enabling “a wider latitude of sanction-free behaviour than would be possible to incumbents of clear and/or traditional roles” (ibid.: 208).

More notably, despite the concept being left largely undefined in postmodern discourse, postmodern critics went out of their way to highlight ambiguity and uncertainty as inherent facets of both society and knowledge-making (e.g. Rosaldo 1993). Although postmodernism's heyday is long past, these insights spurred on work that continues to demonstrate ambiguity's central role in a range of otherwise seemingly impermeable cultural edifices, from law to science. In medical anthropology, for example, Ian Whitmarsh (2008) reflects on scientific research's employment of ambiguous illness categories to stabilize perceptions of race and genomics. In legal anthropology, Olivia Harris (1996) suggests that law must be understood as a continuous attempt at fixity and closure that translates ambiguous disputes into legal certainty. Both authors underscore the politically-charged nature of transforming the inherently ambiguous into “the certain”, as well

as how much can be gained by unearthing the uncertainties that such reifications conceal.

Another potentially fertile domain for similar analysis is temporal ambiguity. This is particularly so today, as many contemporary societies are currently experiencing quite *unambiguous* attempts to recalibrate understandings of time to a singular, dominant framing. Controlling time as part of political domination is hardly new. It is a well-documented feature of both capitalism (Thompson 1967) and Christianity (Robbins 2007). Advanced liberalism nonetheless promotes a specific valence of it. And one of the areas where such hijacking of time is most clearly articulated is in health and medicine, through the rise of the anticipatory or responsibilized subject, constantly on the look-out to maintain and improve their health.

What Happens when Anticipatory Subjects Refuse to Anticipate?

A broad array of neoliberal reforms has promoted a new form of subjectivity, epitomized by the forward-looking individual, focused on maximizing benefit and mitigating risk. Often referred to as *responsibilization* (Rose 2006), the phenomenon of individuals responsible for their own care is increasingly inculcated via the internalization and performance of specific forms of self-monitoring. Engaging in these new “regimes of anticipation” is both morally loaded and emotionally-laden, inculcating a particular kind of affective disposition that results in a subject who thinks and feels as if the site of life is just around the corner, rather than in the present (Adams, Murphy and Clarke 2009: 247).

Health inherently has a forward-looking dimension, be it physicians’ prognoses or patients’ hopes for a cure. The difference today is one of degree: of how much of the present is lived pre-empting the future. As Joseph Dumit (2012) argues, health is no longer defined by the ability to stay well or cope with present ailments. Rather, over the past two or three decades, we have entered a future-facing regime of health in which consumers respond to ever-shifting risk thresholds through the intake of increasing amounts of preventative medication or other anticipatory measures.

While there are different means of inculcating such forms of subjectivity, some of the most overt encouragements come from self-management programs. In the late 1980s and early 1990s, as Western liberal democracies migrated a range of lower-level healthcare activities out of institutions and into private homes, self-management programs were devised as a way of concentrating responsibility onto a single actor (i. e. the patient). Today there are standardized self-management programs for conditions ranging from diabetes to bipolar disease.

Some of the earliest self-management approaches were focused on asthma, instructing patients how and when to raise their medication doses if their breathing became compromised. The underlying premise of asthma self-management is

that sufferers should take regular, preventative medication, usually in the form of a steroid-based preventative inhaler, once or twice a day. Sufferers should also monitor their present condition to lower the likelihood of future respiratory problems. The logic is simple: asthma can be extremely debilitating, even deadly. But if sufferers can pre-empt asthma attacks by monitoring their health, they can raise their preventative medication at the first signs of unease and save themselves the distress of an asthma attack.

Indeed, many New Zealand physicians, respiratory nurses, and asthma educators consider that in the majority of cases, asthma has a “simple solution”. If patients adopt the principles of self-management, “asthma can be so well managed”, one nurse explained, “that it doesn’t interfere with your life *at all*”. According to the same professionals, patients’ “non-compliance” with medication, rates of which are thought to be as high as 80 % in New Zealand (Charles et al. 2007), are the primary reason why asthma treatments *fail*.

Why *do* so many asthma sufferers refuse to take such seemingly easy steps to ensure good health? Medical professionals usually identify non-compliance as caused by patients having highly inflated fears of steroid medication or lacking the discipline to regularly use an inhaler (or both). Similar depictions of patient-doctor struggles over non-compliance are noted across Western nations and for a range of medical conditions. The most common responses are health education campaigns coupled with programs designed to instill greater personal responsibility in patients, of which self-management is an exemplar.

Almost, however, since the concept of *compliance* was popularized in medical discourse in the 1970s, social scientists have submitted it to critical examination. Decades of analyses reveal the ideologies inherent in discourses of compliance, noting the underlying assumption that the only appropriate patient behavior is to follow doctors’ demands, labelling those who do otherwise as “deviant” or “ignorant”, and thus eliding patients’ capacities to make reasoned, and reasonable, decisions about their care. As, however, Peter Conrad (1985) asserts, rather than being “non-compliant”, patients may simply be reacting to social factors other than doctors’ directives. “Noncompliance” may also mask patient agency, as patients might be actively engaged in *other* means of self-care (ibid.).

But there is another aspect of non-compliance worth examining, namely the ambiguous – or multiple – ways that patients locate their symptoms and themselves in time. This facet of patient experience can, I suggest, be key to understanding the uptake (or not) of preventative routines.

The co-existence of multiple modes of reckoning time, often within a single society or a single individual, is well documented (Bergson 1889; Gell 1992). Scholarship has highlighted the intersections between temporality and power, analyzing temporal representations of the cultural “other” (Fabian 1983), the privileging of

specific temporal frames (Guyer 2007), and the politics underlying the temporal organization of daily life (Verdery 1996). Such works suggest more attention needs to be paid to the enfolding of the self, the body, and health within diverse temporal modes in order to improve understandings of how responsabilization regimes can segue with other ways of constituting time.

Simultaneously, there is a growing literature on the temporalities of health and medicine, examining, for example, the impact of diagnoses of chronicity on self-understanding (Smith-Morris 2010); bureaucratic temporalities' influence on therapeutics (Whyte 2014); and the "time work" required by self-curative measures (Vukovic 1999). While pivotal works emphasize the therapeutic importance of patients and medical practitioners collaboratively constructing healing trajectories (e. g. Mattingly 1998), a recent strand of this literature highlights how the *unpredictability* of illness can lead to discrepancies between medical practitioners' and patients' temporal framings (Shubin, Rapport and Seagrove 2015; Messinger 2010), resulting in various forms of "non-compliance". For example, in explaining why veterans learning to use prosthetic limbs disengage from physiotherapy, Seth Messinger (2010: 167) suggests that "patients experience a topological time where their past and their future are experientially closer to their identity than they are to their present conditions [leading to a] conflicting quality of the time orientations by therapists and patients", ultimately resulting in therapeutic breakdown.

I wish to expand on these insights by considering not only patient-doctor dynamics but also patients' perspectives of pharmaceuticals. Looking at how people live through and with symptoms in relation to their sense of being-in-time, I suggest that we view compliance as not (just) a question of discipline or knowledge, but as predicated on the implicit ways that patients view themselves and their (illness) experiences in time. Rather than a singular model of the anticipatory self, the future can often be seen as more ambiguously related to the present.

Phenomenologically, many people's experiences of asthma are refracted through the kinds of self-monitoring practices that self-management intends to instill. This is not surprising given the widespread uptake of self-surveillance practices in healthcare (Dumit 2012). Simply put, a great number of people in New Zealand (and elsewhere) happily take their medication.

Regularly using medication does not, however, necessarily denote compliance; many who use medication ignore medical instructions and use trial and error to determine their own combinations, dosages, and timings of drugs. Often sufferers refuse daily steroid preventative inhalers. Instead some use emergency reliever medications, such as Ventolin, on an as-needed basis. Others mix and match, using a daily preventer for a few weeks, circumventing their doctors and ordering antibiotics off the internet, or doubling drug dosages when they feel they are not getting enough. But rather than viewing their actions as driven by forgetfulness or

lack of care as doctors suggest, these patients often described feeling like they are the only person caring for their (or their child's) treatment.

Take Sally,³ a parent whom physicians are likely to deem non-compliant. When asked if her nine year old son Adam, who was repeatedly hospitalized with severe asthma a few years ago, takes daily medication, she replied, "Yeah, he does have to – well, he *sort* of does it every day, *if* I have noticed he's been coughing. Then I put him on Ventolin and Flixotide [a preventative medication] straight away. I suppose I would tend to keep him on the Flixotide for a week or two. Then if he seems completely better, I drop the Flixotide again, because sometimes he can go six months without needing it!" While most medical professionals would question why a preventer prescribed for daily, long-term use is being employed for only a week or two, Sally is thrilled that Adam can go for long periods relying on frequent doses of Ventolin, a drug largely intended for emergency use.

As with many other New Zealand sufferers and parents of asthmatic children, Sally has cobbled together combinations and timing of drugs based on her family's experiences of symptoms and medication-relief. Their refusals of daily preventative medication cannot, moreover, be explained as carelessness or miscommunication, but hinge on how they view not only pharmaceuticals but the companies that make and sell them. In this, the temporalities of both pharmaceuticals and pharmaceutical profits are crucial.

Pharmaceuticals require their own multiple ways of reckoning time. There is the timing of paying attention to symptoms and recalibrating one's drug intake accordingly. There is the temporality of pharmaceutical-driven experiences – the timing of how pharmaceuticals effect our bodies and minds. But there is also the issue of how pharmaceuticals *locate* sufferers in time. Like sufferers of other "chronic ailments", many asthma sufferers fear who they might *become* if they regularly ingest medication and, moreover, *for whose benefit* this transformation would be.

The rise of "drugs for life" and associated re-signification of time within the body of the consumer are clearly tied to the market and pharmaceutical companies' profit-making. Profitability is partially based on pharmaceutical sales, but also occurs, as Kaushik Sunder Rajan (2012: 326) explicates, through market speculation and perceptions of "how much *potential* there is for earning over and above the present rate of earning, which can be translated into shareholder value" – another way of assigning value to the future. The results can be dire. As Sunder Rajan (*ibid.*) describes, "Pharmaceutical industries [...] function less and less as discoverers of new therapy and more like investment banks, controlling, regulating, and betting on the flow of capital [...] result[ing] in the complete separation of value from considerations of patient needs of good health."

³ The names of all of patients, parents, and physicians in this article are pseudonyms.

The relationship with the market is intensified as self-care practices employed to ameliorate illness invoke the same ideals of disciplined self-surveillance that are broadly valued by advanced liberal economies (Ferzacca 2000). Most sufferers' critiques do not, however, focus on neoliberalism writ large. Rather sufferers focus on the more immediate entity of pharmaceutical companies and question physicians' quick and easy dispensation of pharmaceuticals. Sufferers' concerns are not only over *what* preventative corticosteroids might do to the body, but *how* they signify the creation of permanent patienthood.

Many sufferers are acutely aware of how pharmaceutical companies shifted the temporality of healthcare so as to turn the body into the *ongoing* site of the production of illness and preventative and curative regimes. In refusing to become a person with asthma and (re)categorize themselves as a patient with a chronic condition, they actively critique the pharmaceutical industry for desiring to profit from their respiratory troubles. In many cases, "non-compliance" thus constitutes a political act of re-negotiating the symptom and the self in time, re-opening the ambiguity of illness trajectories.

New Zealanders likely to be labelled "non-compliant" often have a strikingly different way of temporalizing asthma from that of received medical wisdom. Instead of describing themselves as "*people-*", much less "*patients-with-asthma*", they talk about the days they "have asthma" and the days they don't. They describe moving in and out of asthma, at times feeling happily symptom-free, and at others surprised that their asthma is lasting so long. Crucially, as both medical professionals and sufferers point out, on the days that they are well, they do not see the need for medication. Questioning whether and when one *really* has asthma or not is largely motivated by many sufferers' concerns that asthma diagnoses have grown too broad. Part of the problem, many patients recount, is the speed of diagnoses, relating how in a single doctor's visit, what they assumed was a bad cold or cough was declared to be a chronic case of asthma.

In most cases, physicians envision a particular kind of timeline for asthma with the aim of *stabilizing* the condition into perpetuity. Pharmaceutical companies promote a similar logic, focusing on stability and minimizing exacerbations, albeit premised predominantly on profitability rather than patient wellbeing. A significant number of sufferers, however, engage in a different line of reasoning, resisting the suggestion that they are ill when they do not feel their lives being compromised. Rather, the experiential temporality of symptoms suggests to them that asthma is a state that comes and goes and that therefore may not always require pharmaceutical amelioration, especially as pharmaceuticals involve their own potential dangers.

Asthma can be terrifying. Sufferers speak of feeling their breathing tubes constrict, struggling for breath, and feeling afraid that they are going to die. Through preventative regimes, self-management enables transforming that fear into antici-

pation. The desire for a seamless experiential narrative drives some sufferers to recast themselves as “a person with asthma”, a person who anticipates and pre-empts, rather than one who sometimes has near-death experiences. Others, however, resolutely refuse such categories and locate asthma attacks as discrete moments in time, choosing to maintain a self fragmented, a self constituted differently through time. Reclaiming the ambiguity of time, and of how symptoms and selves are temporally located, thus enables us to grasp the dynamics that lead some sufferers to resist both asthma and their medication.

Time, Pleasure and Efficacy

A second facet of contemporary medicine is the privileging of EBM in terms of not only streamlining procedures of assessment, but radically changing the categories of value that are used in determining efficacy. Since the 1980s medical care has increasingly been standardized according to the results of large-scale Randomized Clinical Trials (RCT). Indeed, any therapies that cannot be assessed using RCT have come to be seen as poor quality, regardless of their actual efficacy (Adams 2013). As Stefan Ecks (2008) has recently noted, the result is that there are “fundamental blindspots” inherent in EBM assessments of value. Not surprisingly, EBM tends to privilege pharmaceuticals, which are relatively easy to subject to testing, albeit using methods open to bias (Petryna 2009). This leaves medical practices that *don’t* easily fit the rubric of EBM standards of “evidence” in a conundrum. Emblematic of such practices is the multi-faceted care provided by Czech *lázně* or health spas.

Known for their curative waters, healthy climates, and an array of intensive therapeutic “procedures”, ranging from massage to electrotherapy, spas have provided Czechs and visitors with a unique mode of therapeutics for centuries. At their height in the 19th century, spas were international hubs of culture. Today, some critics contend that spa visits amount to little more than state-funded “holidays” that are a waste of time and money, as compared, for example, to pharmaceutical-based care. Proponents, however, counter that spa stays are emphatically “not holidays” as they constitute scientifically-sound treatments, but often struggle to come up with credible evidence.

One fact not in dispute is that government funding for spas is precarious. Several years ago, strict reductions in government subsidies led to lower numbers of patient referrals, so that a number of spas let go of staff or even shut down facilities. In 2014 and 2015, some spas experienced a turnaround, with increased patients and reopening of services. Part of this was due to the privatization of facilities and currently controversies abound over how such privatization may impinge the average Czech’s chances of accessing spa services. However, many medical professionals I have spoken to outside of Europe appear surprised that such institutions still *exist*.

Inevitably they raise the difficult questions of, do they work? And if so, *how*? This is where the concept of *ambiguity*, particularly its second definition emphasizing *lack of clarity*, is central.

Ask just about any patient and they will explain that the primary reason to stay in a spa is to have time to recuperate and strengthen the body under the care of medical professionals. But what exactly such care should include is a live question, as most spas employ a baffling array of treatments. In two children's respiratory spas I visited, Cvikov and Kynžvart, during their 6 week stay, patients were expected to breathe in healthy air, engage in a range of *balneotherapy* (water-based therapy) such as hot and cold immersion, Scottish sprays, and swimming, and take part in activities such as physiotherapy and saunas. Some of these activities were mandatory for all patients, but others were individually-tailored by physicians. But the most lauded therapy was the simplest one: going outside. Often referred to as climate therapy or toughening (*otužování*), the underlying principle is that the body will be strengthened by being active in the outdoor environment on a daily basis.

Efficacy is an issue on which many parents and doctors have strong opinions. Most parents have a sense of spa treatments' effects based on their direct experiences of their children's health. One parent after another related to me the spa's positive impacts on their child. Their accounts were *not*, however, cast in terms of diminished asthma symptoms or a decreased use of asthma medication but with respect to boosting their child's abilities to fight off illness.

Strikingly, even parents whose children remain unwell make such claims. Lenka sends her son Pepík to Cvikov every year. This year his stay there wasn't as effective as she'd hoped, as he was sick for three weeks of his six-week visit. But in terms of his treatment's *efficacy*, this is not a problem. The staff at Cvikov explained to her that sometimes children are sick for the duration of their spa cure, but the rest of the year, their immunity is bolstered and they are very healthy. If Pepík had not recently come down with another case of strep throat, she concludes that indeed, "he would be very healthy right now". Lenka's reasoning suggests her faith in a therapeutic practice into which she has invested a lot of time. It also, however, denotes the widely-held view that the curative effects of spa treatments are not necessarily immediately tangible, but act in more subtle and long-term ways to realign the body and increase health and wellbeing. Doctors similarly hail the outdoor environment as pivotal to spas' efficacy, but are unwilling to compartmentalize the effects of the various treatments on offer, suggesting they are best viewed as part of a package deal: from music therapy and massage to better inhaler techniques, patients must undergo the full treatment array. It is not only the individual therapies, but the unique *experience* of them provided in a health spa that is key. Importantly it takes time – *personal* and *social* temporal investment – for such an experience to take effect.

As a “total institution” in Erving Goffman’s terms (1957), health spas immerse children and their accompanying parents into new and rigorous self-care routines. Like most total institutions, spas create a unique and isolated environment – a space outside of the usual demands of sociality and time – in which new institutional regimes re-craft people’s routines, behaviors, and perspectives. Some aspects of these new ways of being are, moreover, intended to be brought back home. Part of the purpose of spa cures is thus the very time it takes to undergo the cure – “the time out of time” that spa sojourns create. Introducing not only different activities but establishing a different tempo of the day, a different way of being in the body is created, one that rests upon isolation, experiential difference, pleasure and discipline – a time out of time through which the body in time can be recalibrated.

When they happen, such changes are, moreover, accomplished not only through discipline and routine, but – contrary to critics’ contentions that spas are pointless holidays – through the potentially transformative effects of pleasure. The association of spas with holiday leisure has deep historical roots (Benedict 1995; Mackaman 1998). In the 18th and 19th centuries, for example, socializing and familial entertainment were serious aspects of a European spa visit (Benedict 1995; Herbert 2009). But little attention has gone towards what the pleasurable aspects of spa visits may have meant – or in terms of contemporary spas, may still mean – in terms of their therapeutic import. Indeed, in contrast to the range of studies documenting how the effects of pain and fear can profoundly alter behavior and subjectivity (e.g. Daniel 1984; Foucault 1995 [1975]; Scarry 1985), the role that pleasure may play in motivating behavior has received much less attention within the social sciences.⁴ With some notable exceptions – such as Foucault’s work (1978 [1976]; 1985 [1984]; 1986 [1984]) on sexuality – pleasure arguably remains under-theorized and largely implicit in analyses of embodied practices ranging from dance to sport or military training. Analysis of pleasure as part of therapeutics, in particular, is especially scant, with the exception of Annemarie Mol’s (2011) recent insights into the organization of pleasurable tastes as a motivational tactic in rehabilitative clinics.

But pleasure is indeed an important component of the spa experience. Today’s spas are particularly noted for the pleasures afforded by their beautiful, natural surroundings. Repeatedly, families who have been to spas together described to me the natural surroundings in glowing terms and spoke passionately about their new understandings of how to enjoy the outdoors (see also Speier 2011). A deep appreciation of the healthy aspects of nature (Trnka 2015; 2017a), as well as

⁴ This is not, however, the case in the natural sciences, where pleasure has received comparatively more attention. See, for example, Cabanac (1979); Kringelbach and Berridge (2009); Schooler and Mauss (2009).

frequent exposure to the outdoors through activities such as daily outdoor walks or the airing of interior spaces in order to ensure health and wellbeing, are widely encountered across Czech society. Nonetheless, spa sojourns were described as particularly valuable because they create a space within which such activities are a *central* facet of daily experience. Nor is it incidental that such elements of pleasure and escape occur within, and not outside of, a highly regimented therapeutic space. When it works, the total institution of the spa produces a sense of pleasure and bodily mastery not only through its leisure activities but also through bodily discipline (Mackaman 1998). Indeed, the twinning of discipline and rigor along with relaxation and leisure is not hard to understand if we think of spas as a training ground for the body and mind whose challenges ideally lead to a sense of recuperation and success.

The intensive therapeutics in spas are coordinated through a rigorous daily regime that can leave parents and children feeling a bit overwhelmed. Almost every hour of the day is allocated an activity, such as teaching patients and their accompanying parents breathing exercises, massage, water treatments, etc. It takes time to learn these skills properly and this is one reason why spa stays are so long. As Dr. Pejchal, a respiratory physician, explained to me, “Six weeks is the minimum as it takes this long to train mothers to know how to take care of their children.” But there is more than specific bodily techniques being taught here.

When Dr. Pejchal gave me a tour of Cvikov, he was keen that I see not only children learning better inhaler techniques, but also taking part in music therapy. Since there wasn’t a music therapy class that day, we viewed one of his homemade videos. “Look at the drumming we have them do,” he said, pointing to a group of children sitting cross-legged in a circle on the floor, tapping on hand drums. “It teaches them two things. The children learn to relax to the rhythm of the music and we also teach them a different pattern of breathing, timing their inhalations and exhalations to the rhythm of the drumming.” As we watched further one, he pointed and cried out, “And now, look how the children are beating two sticks together, making another rhythm and breathing along with it!” The music therapy session comes to an end with the medical staff softly playing chimes while the children lay in a circle with their eyes closed. “Look how relaxed they are,” Dr. Pejchal sighed. Then he concluded: “You know, some kids do music therapy with their mothers in the room, but it is not as good. They are not as spontaneous because they just do what they think their mothers expect from them. And sometimes their mothers actively hold them back, saying things like ‘that’s enough now’ if they get too loud.” I was struck by this comment as the same man had earlier told me that one of the great benefits of spas is providing mothers with weeks of stress-free time with their children. He also explained one of the merits of daily massage therapy as ensuring “mothers touch their children. Not only is massage useful for

stimulating pressure points, but the very fact that the child is being touched and stroked by someone can be a very enjoyable and positive experience. We shouldn't forget how important it is to be touched".

Dr. Pejchal was not alone in his views. Another spa physician similarly related that just as elemental as the various respiratory therapies she oversees is the fact that for six weeks mothers do not need to cook or organize their daily routines, but can devote themselves to their children. "The children love the attention," she explained, "And the mothers love not having the stress." Many mothers I spoke with concurred. Radka who initially hesitated to visit Kynžvart, ended up having an excellent time, describing it as "super" because "there was no stress, I could have a real break".

Crucial here is that for Dr. Pejchal and others, helping children cope with the chronic condition of asthma is a larger project than conducting spirometry readings or teaching better inhaler techniques. In addition to addressing the body of the child, there is a psychological facet to this care, focused on alleviating children's and mothers' stress, re-enforcing the mother-child relationship, and giving children more space to express themselves. There are moments when these different objectives require a bit of juggling, as exemplified by the preference for keeping mothers out of music therapy sessions, but throughout their stay, mothers and children together are taught not only new ways of organizing their daily routines, but of thinking about and experiencing their bodies. Some of this instruction is explicitly conveyed through the spa's weekly health lessons or by the rigorous enforcement of daily schedules across patients' six-week stays. Other recalibrations are carried out more subtly through inhalations and exhalations timed with drumming or with eyes closed while lying on the floor, listening to chimes.

Those who are not only inclined to submit to the disciplined rigors of spa routines but to derive pleasure from the opportunity to take part in structured routines and enjoy the beautiful surroundings appear to get the most out of their spa visits. One mother encapsulated this when she described her family's spa experience as "fantastic. The nature was really great, and you had to go for walks all the time". When I ask her what she meant by "*having* to go for walks", she explained that there is no option to do otherwise. "It is a required part of the program and the spa staff walk up and down the dormitories at a certain hour of the morning, ensuring that everyone is out of their rooms and outside," she explained. Then, without any irony, she added that the health spa was "the best holiday I ever had". But with the state budget under increasing scrutiny, such praise is not necessarily helping spas retain their position as vital healthcare providers. Indeed, some critics question not only how cost-effective these institutions are, but whether or not they are effective at all. Spa directors responded by holding "Open Days" for visiting medical pro-

fessionals to demonstrate how beneficial their services are. But as yet, there is very little rigorous scientific evidence at their disposal.

EBM studies of balneotherapy are just starting to be published. Most current research has been largely carried out by the spas' own staff, does not employ rigorous methods (for example, purportedly documenting efficacy of patients' treatments while lacking a comparison or a control group) and is often not taken as credible for anything beyond generating publicity. In response to such concerns, insurance companies try to ensure their clients do not use spa sojourns as "insurance-funded holidays" by mandating certain levels of therapeutics. As of 2012, for example, one leading insurance company requires that spa patients receive at least three procedures a day, six days a week. In 2014, another company told me that they would only support patients' repeat visits to health spas if they saw some visible, measurable change in their health status, such as a reduction in the amount of daily medication they take for chronic conditions.

Things such as pleasure, discipline, and changes in both the tempo and content of daily activities cannot be easily measured through RCT. If they were noted in RCTs at all, they would either be considered irrelevant "side-effects" or else actively removed from the study, as RCTs are designed to test "standardize[d]" comparisons, "by removing the background noise that makes regions and datasets incomparable" (Brives, Le Marcis and Sanabria 2016: 370). There is little space within EBM's system of values (Adams 2013; Brives, Le Marcis and Sanabria 2016; Ecks 2008), for such aspects of care to be recognized as part of the experiential realities that may in fact be integral to spas' therapeutic effects. Moreover, attempts to measure and ensure the efficacy of each individual element of a spa cure would run counter to both how spa treatments are frequently individually-tailored and the idea that the therapeutics on offer act as package deal (so that climate therapy works alongside massage, pharmaceutical oversight, music therapy and swimming lessons). What is significant is that the spa system has not yet given way to the imperatives of EBM and that pharmaceuticals have not diverted funding entirely away from other modes of care.

Today's spas should be considered, *inter alia*, for their experiential dimensions, as sites in which discipline and pleasure, challenge and mastery, and the dramatic recasting of daily responsibilities play a pivotal role in how children and their families come to cope with chronic conditions. To do so would, however, mean accepting that we cannot isolate one facet, such as exposure to clean air, as the key element of spa cures, bottle it, and sell it around the world as a curative measure – though some may like to do so. In New Zealand, for example, in 2016 a company called Pure Kiwi Air came up with the marketing strategy that the country's unpolluted air can be captured in a bottle and sold overseas, so that you can purchase up to 180 bottled inhalations of "medical grade pristine air" for

about 20 USD. And this is by far neither the first company, nor the first country, to do so.

If we wish to follow EBM standards of value, we are left with many problematic questions, such as:

- How *exactly* does time work within spa therapeutics?
- How much time is *enough* time?
- Can we measure the proportion of time necessary, or even the proportion of efficacy that each segment of time contributes?
- Similarly, if pleasure is an important facet of spa care, how much pleasure is *enough* pleasure to have an impact?

But I don't think following up on such questions is the direction we should go. Instead, I suggest we need to respect the wide range of factors that may be at play in therapies such as spa care. I am aware that my analysis of this case study is far messier than my first: it simply doesn't wrap up into a tidy, uni-factoral explanation. But then, not all evidence comes neatly packed like air in a bottle. Rather, this example speaks to how time needs to be reclaimed and recognized as *part* of healing trajectories as well as the need to consider therapeutic facets that are antithetical to the quantification and casual trajectories demanded by EBM, instead suggesting how (some) modes of healing can have *immeasurable* therapeutic effects.

Conclusion

Be it the symptom in time, or the rigorously constructed pleasures and pains of the "time out of time" of the health spa, these examples suggest how temporal ambiguity intersects with healing and illness. Reclaiming temporal ambiguity as an analytic concept is vital in the time of neoliberal audits, standardization, benchmarks and responsabilization processes such as self-management, as well as in the very constricted ways that "evidence" is being constructed through EBM.

To say this, is, however, *not* to embrace an "anything goes" attitude to uncertainty. It is, however, to embrace ambiguity as *sometimes* a possible answer – as a signpost for what we cannot, and perhaps should not, disarticulate but must look at from a different scale or level of analysis, resisting the demands for a singular, objectively measurable factor underpinning healing trajectories, or the assumption that we share a singular, shared vision of ourselves in time. It is to insist that at some points such forms of categorization and standardization are inappropriate and cannot capture the complexity of social phenomena such as illness and healing.

REFERENCES

- Adams, Vincanne. 2013. "Evidence-Based Global Public Health: Subjects, Profits, Erasures." In *When People Come First: Critical Studies in Global Health*, eds. João Biehl and Adriana Petryna, 54–90. Princeton: Princeton University Press.
- Adams, Vincanne, Michelle Murphy and Adele Clarke. 2009. "Anticipation: Technoscience, Life, Affect, Temporality." *Subjectivity* 28 (1): 246–265.
- Ainsworth-Vaughn, Nancy. 1994. "Is That a Rhetorical Question? Ambiguity and Power in Medical Discourse." *Journal of Linguistic Anthropology* 4 (2): 194–214.
- Benedict, Barbara M. 1995. "Consumptive Communities: Commodifying Nature in Spa Society." *The Eighteenth Century* 36 (3): 203–219.
- Bergson, Henri. 2001 [1889]. *Time and Free Will*. New Work: Dover Publications.
- Brives, Charlotte, Frédéric Le Marcis and Emilia Sanabria. 2016. "What's in a Context? Tenses and Tensions in Evidence-Based Medicine." *Medical Anthropology* 35 (5): 369–376.
- Cabanac, Michel. 1979. "Sensory Pleasure." *The Quarterly Review of Biology* 54 (1): 1–29.
- Charles, Thomas, et al. 2007. "An Audiovisual Reminder Function Improves Adherence with Inhaled Corticosteroid Therapy in Asthma." *Journal of Allergy & Clinical Immunology* 119 (4): 811–816.
- Conrad, Peter. 1985. "The Meaning of Medications: Another Look at Compliance." *Social Science & Medicine* 20 (1): 29–37.
- Daniel, E. Valentine. 1984. *Fluid Signs: Being a Person the Tamil Way*. Berkeley: University of California Press.
- Dumit, Joseph. 2012. *Drugs for Life: How Pharmaceutical Companies Define Our Health*. Durham, NC: Duke University Press.
- Ecks, Stefan. 2008. "Three Propositions for an Evidence-Based Medical Anthropology." *Journal of the Royal Anthropological Institute* 14: S77–S92.
- Fabian, Johannes. 1983. *Time and the Other*. Columbia: Columbia University Press.
- Ferzacca, Steve. 2000. "'Actually, I Don't Feel That Bad': Managing Diabetes and the Clinical Encounter." *Medical Anthropology Quarterly* 14 (1): 28–50.
- Foucault, Michel. 1978 [1976]. *The History of Sexuality, Vol. 1. An Introduction*. Trans. Robert Hurley. New York: Pantheon Books.
- . 1985 [1984]. *The History of Sexuality, Vol. 2. The Use of Pleasure*. Trans. Robert Hurley. New York: Pantheon Books.
- . 1986 [1984]. *The History of Sexuality, Vol. 3. The Care of the Self*. Trans. Robert Hurley. New York: Pantheon Books.
- . 1995 [1975]. *Discipline and Punish: The Birth of the Prison*. Trans. Alan Sheridan. New York: Vintage Books.
- Gell, Alfred. 1992. *The Anthropology of Time*. Oxford: Berg.

- Goffman, Erving. 1957. "On the Characteristics of Total Institutions." In *Symposium on Preventive and Social Psychiatry, 15–17 April 1957, The Walter Reed Army Medical Centre and the National Research Council*, 43–84. Washington, DC: Government Printing Office.
- Guyer, Jane. 2007. "Prophecy and the Near Future: Thoughts on Macroeconomic, Evangelical and Punctuated Time." *American Ethnologist* 34 (3): 409–421.
- Harris, Olivia. 1996. "Introduction: Inside and Outside the Law." In *Inside and Outside the Law: Anthropological Studies of Authority and Ambiguity*, ed. Olivia Harris, 1–18. London: Routledge.
- Herbert, Amanda E. 2009. "Gender and the Spa: Space, Sociability and Self at British Health Spas, 1640–1714." *Journal of Social History* 43 (2): 361–383.
- Jackson, Michael. 1982. *Allegories of the Wilderness: Ethics and Ambiguity in Kuranko Narratives*. Bloomington: Indiana University Press.
- Kringelbach, Morten L., and Kent C. Berridge, eds. 2009. *Pleasures of the Brain*. Oxford: Oxford University Press.
- Mackaman, Douglas Peter. 1998. *Leisure Settings: Bourgeois Culture, Medicine and the Spa in Modern France*. Chicago: University of Chicago Press.
- Mattingly, Cheryl. 1998. *Healing Dramas and Clinical Plots*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Messinger, Seth. 2010. "Rehabilitating Time." *Medical Anthropology* 29 (2): 150–169.
- Mol, Annemarie. 2011. "Tasting Food: Tasting between the Laboratory and the Clinic." In *A Companion to the Anthropology of the Body and Embodiment*, ed. Frances E. Mascia-Lees, 467–480. New York: John Wiley & Sons.
- Petryna, Adriana. 2009. *When Experiments Travel: Clinical Trials and the Global Search for Human Subjects*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Piot, Charles D. 1993. "Secrecy, Ambiguity, and the Everyday in Kabre Culture." *American Anthropologist* 95 (2): 353–370.
- Press, Irwin. 1968. "Ambiguity and Innovation: Implications for the Genesis of the Culture Broker." *American Anthropologist* 71 (2): 205–217.
- Robbins, Joel. 2007. "Continuity Thinking and the Problem of Christian Culture: Belief, Time, and the Anthropology of Christianity." *Current Anthropology* 48 (1): 5–38.
- Rosaldo, Renato. 1993. *Culture and Truth: The Remaking of Social Analysis*. Boston: Beacon Press.
- Rose, Nikolas. 2006. *The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Scarry, Elaine. 1985. *The Body in Pain: The Making and Unmaking of the World*. Oxford: Oxford University Press.
- Schooler, Johnathan, and Iris B. Mauss. 2009. "To Be Happy and to Know It: The

- Experience and Meta-Awareness of Pleasure.” In *Pleasures of the Brain*, eds. Morten L. Kringsbach and Kent C. Berridge, 244–254. Oxford: Oxford University Press.
- Sennet, Adam. 2016. “Ambiguity.” In *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, ed. Edward Zalta. Retrieved from <http://plato.stanford.edu/archives/spr2016/entries/ambiguity/>.
- Shubin, Sergei, France Rapport and Anne Seagrove. 2015. “Complex and Dynamic Times of Being Chronically Ill.” *Social Science & Medicine* 147: 105–112.
- Smith-Morris, Carolyn. 2010. “The Chronicity of Life, the Acuteness of Diagnosis.” In *Chronic Conditions, Fluid States*, eds. Lenore Manderson and Carolyn Smith-Morris, 21–37. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Speier, Amy. 2011. “Health Tourism in a Czech Health Spa.” *Anthropology & Medicine* 18 (1): 55–66.
- Sunder Rajan, Kaushik. 2012. “Pharmaceutical Crises and Questions of Value.” *The South Atlantic Quarterly* 111 (2): 321–346.
- Thompson, E. P. 1967. “Time, Work-Discipline, and Industrial Capitalism.” *Past & Present* 38: 56–97.
- Trnka, Susanna. 2015. “Playing Cowboys and Indians: The Therapeutics of Nostalgia.” *Canadian Slavonic Papers/Revue canadienne des slavistes* 57 (3–4): 284–298.
- . 2017a. *One Blue Child: Asthma, Responsibility and the Politics of Global Health*. Redwood City, CA: Stanford University Press.
- . 2017b. “Efficacious Holidays: The Therapeutic Dimensions of Pleasure and Discipline in Czech Respiratory Spas.” *Medical Anthropology Quarterly*. DOI: 10.1111/maq.12403.
- Verdery, Katherine. 1996. *What Was Socialism and What Comes Next?* Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Vukovic, Nancy. 1999. “Fast Relief: Buying Fast Relief.” *Medical Anthropology Quarterly* 13 (1): 51–68.
- Whitmarsh, Ian. 2008. *Biomedical Ambiguity: Race, Asthma, and the Contested Meaning of Genetic Research in the Caribbean*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Whyte, Susan Reynolds. 2014. *Timeliness and Chronic Medication: Knowledge about Hypertension and Diabetes in Uganda*. SPP Working Paper No 7.

Susanna Trnka

s.trnka@auckland.ac.nz

Faculty of Arts

The University of Auckland

<http://www.arts.auckland.ac.nz>

“Come with Us and You Will Be Saved”: Religious Conversions and Healing among Roma Pentecostal Converts

Markéta Doležalová

Abstract: Conversions to Pentecostal Christianity have become a widespread phenomenon among Roma in Europe in recent decades. This paper looks at how the experiences of biomedicine and suffering from a life-threatening condition are interpreted through religion. The diagnosis of a serious illness can lead one to experience his or her body as being unreliable. At the same time, biomedical treatment can also be experienced as unreliable and unpredictable. Religious conversion and religious practices, such as prayer and religious healing, may lead to an inner change that aid the converts in finding ways to re-conceptualise the relationship of the self to the wider social world and the meaning of their experience. Participation in Pentecostal Christian life through daily practice and a sense of belonging to a shared Christian community can contribute to the process of healing in the sense of creating a new and meaningful way of being. Conversion to Pentecostal Christianity and the adoption of its morality thus constitute a form of healing, not in the biomedical sense of reconstituting the body to its former state of absence of disease, but in the sense of re-naming the condition of the convert and changing the meaning of the illness experience by working on the self.

Keywords: religious healing, embodiment, Roma, Pentecostal Christianity

Arrival in Hospital

It is an early start on a chilly morning in October.¹ Martina² told me that they “connect” her to the dialysis machine between quarter to eight and eight in the morning, and asked me to pick her up at half past seven. It is a twenty-minute drive from my house to Martina’s at any time, and with rush-hour traffic it takes even longer. Normally, Martina would have a hospital transport arranged but today I am accompanying her to her dialysis treatment. She is pleased that I can pick her up. With hospital transport she never knows the exact time it will arrive, and she

¹ This work was supported by the Economic and Social Research Council [ES/J500094/1].

² Names have been changed.

has to be up even earlier than today. From Martina’s house, it is a short drive to the hospital. The dialysis unit is in one of the smaller hospitals in Leeds. As we drive through the hospital grounds, I notice that some of the old red-brick buildings are disused and have boarded up windows and fences around them. It feels more like we are driving through a building or demolition site than a hospital. As I find out later from the ward sister, some units in this hospital are facing the possibility of being closed down as a result of budget cuts.

As we enter the hospital wing, Martina seems to be following a routine. Walking into the ward, she says: “Welcome to my second home” and opens a cupboard door to get herself a blanket. We pass the reception desk and I introduce myself to the nurses and the sister. When we get to the dialysis room, Martina finds her bed among the six beds in the room, and sets about preparing for the procedure. From the supply cupboard in the corner, she takes out several tubes, a syringe and a large needle that will be used today during her treatment. The nurses had taught her what is needed, and Martina likes to get her own equipment ready as it makes her feel more “involved”. When everything is ready, and Martina has weighed herself,³ she sits on her bed and waits for the nurse to come and “connect” her. This is done by a syringe inserted into the fistula in Martina’s right arm.⁴ When one of the nurses comes to set the machine up and connect Martina to it, we exchange greetings and some small talk. After all the patients are connected, the room goes quiet and still; the nurses withdraw to the nurse’s station located outside the room. Martina and I sit and talk quietly, while Martina’s blood circulates through the dialysis machine for the next four hours. I have an ambivalent feeling about this bodily connection between Martina and the dialysis machine, which filters toxins from her blood, thus prolonging Martina’s life while neither curing nor healing her. The dialysis machine aims to lessen the bodily suffering caused by kidney failure. Yet, as I illustrate below, Martina experiences her distress and suffering not as being located solely within the failure of her biology, but as encompassing several aspects of her life.

I knew Martina from the Life and Light Church, a Pentecostal Christian church, which I attended during my twelve-month ethnographic fieldwork among Czech and Slovak Roma in Leeds. The aim of my fieldwork was to look at understandings and experiences of well-being among the Roma participants. Data was collected by a combination of participant observation, case studies, and interviews among

³ Martina has to weigh herself before and after each dialysis session. This is to check how much fluid was removed from her body during dialysis. Martina had told me that she is not able to urinate at all and dialysis was the only way of removing fluid from her body.

⁴ An arteriovenous fistula is a surgically modified blood vessel created by connecting an artery to a vein (NHS 2015).

both converts and non-converts. This paper is based on the case study of Martina and an interview with her conducted during her treatment in hospital. In the four hours that I spent with Martina during her dialysis, she told me the story of how she converted to Pentecostal Christianity. Martina's narrative illustrates how religious conversions and participation in Life and Light Church shape understandings and experiences of well-being and suffering among the Pentecostal Christian Roma. In Martina's narrative, her conversion to Christianity and her physical vulnerability and reliance on biomedicine, which she experienced as being unpredictable, were interconnected. Martina was diagnosed with "end stage kidney disease" in 2006, and had been receiving dialysis treatment three times per week since then. This paper explores the relationship between biomedicine and medical technology, and religion and healing, and how religious belief is used to create a meaning for the experience of illness and distress. I look at how Martina's relationship to her past and future life is shaped both by biomedical technology, and her religion. Martina's experience of being diagnosed with a life-threatening illness, and her dependency on technology in order to stay alive, has led to a re-negotiation of her position within the wider social world and of her relationships with others through religion. This new position vis-à-vis the world and a new sense of self tends to be articulated in the narratives of Life and Light converts as a sense of being "saved" (*spasený* in Czech) or being "healed" (*uzdravený*). This paper argues that being *spasený* or being *uzdravený* in the Pentecostal Christian sense is not about being cured of a disease in the biomedical sense, but about the re-making of the self so as not to be defined by suffering.

Martina's Story

Martina is a forty-year old Slovak Roma woman, who grew up in Zajačí,⁵ a small town in Slovakia. She is a member of the Life and Light congregation in Leeds. When I met her in January 2014, she had been on dialysis for eight years. Martina came to Leeds in the autumn of 2012 after having met Petr, a Czech Roma man and now her husband, online. At the time, Petr had been living in Leeds for four years, after moving there to work. Martina has a fifteen-year-old daughter, Andrea, who lives with them. Following Martina's diagnosis and the start of her dialysis treatment, her first husband (Andrea's father) became abusive and violent towards Martina for a number of years, until he was sentenced to several years' imprisonment for causing her bodily harm. She divorced him while he was serving his sentence. However, he was released early and moved back into the flat where Martina and Andrea still lived. Not long after the release of her ex-husband, Martina met Petr online and visited him in Leeds few weeks later. He convinced her to

⁵ The name of the town is fictional.

move to Leeds during this visit and a few months later Martina and her daughter did. Petr converted to the Life and Light Church after marrying Martina.

I began this paper with an account of Martina’s and my arrival in hospital in order to create a sense of the embodied experience of being a hospital patient, and of losing one’s bodily autonomy through being connected to a piece of complicated technology that one has no understanding of. Using the narrative that Martina related when I was with her in hospital as a background, this paper looks at religion and the conversion of Roma to Pentecostal Christianity. As well as using Martina’s narrative, I draw on participant observation during religious healing at a Life and Light conference⁶ that I attended. Conversions to Pentecostal Christianity and practices such as religious healing and prayer center around people’s embodied experience, engages their senses and contrasts with the embodied experience of biomedical care and treatment where the focus is on the body as an object of suffering (Kleinman 1988; Taussig 1980). Both religion and medicine address themselves to human suffering and attempt to provide ways to overcome or deal with this suffering (Csordas 2002), but they do so in different ways, as I discuss below.

Pentecostal churches have become popular among Roma across Europe in recent decades (see for example Gay y Blasco 1999; Thurffjell 2013; Thurffjell and Marsh 2013). The Life and Light Church was established in 1952 in France by a non-Roma pastor named Clément le Cossec, who wanted to spread Pentecostal Christianity among the French Manouche (French Roma). It has since expanded into other countries of Europe and is now a predominantly Roma and Gypsy church led by Roma pastors in a number of European countries.⁷ In the UK, the Life and Light has congregations attended and led by Czech and Slovak Roma in several cities, as well as congregations led by English Gypsies. It is a Bible-based church and among its central tenets are the notions that Jesus “rose from the cross”, is alive, and that converts can speak to Jesus or God directly through prayer. As I was told repeatedly during fieldwork, “Jesus suffered on the cross so that he could lift the suffering from others.” It may be possible to argue that the increasing popularity of Pentecostal Christian churches among European Roma is to some extent linked to the fact that Roma are more likely to experience suffering through poverty, poor health and lower life expectancy than non-Roma, and as a result of the discrimination and persecution they are subjected to (Amnesty International 2014; European Commission 2014). The scope of this paper, however allows me

⁶ Life and Light conferences are large events that provide opportunity for converts and pastors from different areas to meet. They usually last from Friday to Sunday with services each day. They often include baptisms of new converts or promoting of student pastors to pastors.

⁷ The Life and Light Church itself is still led from France, by French Roma.

only to touch on these matters briefly (see also Podolinská 2014). The Life and Light Church shares many practices and dogma with other Pentecostal Churches, but is distinctive in being focused on Roma and in actively using the narrative of Roma as a group that experiences hardship and suffering as a test from God. This narrative aims to create a sense of collectivity among Roma and to portray Roma as a group that has a special connection to Jesus. The church thus constructs a transnational Roma Christian collectivity.

Throughout this paper, I draw on the conversation that Martina and I had when I accompanied her to her dialysis session which revolved around the story of her conversion, what she calls “finding God”. While Martina talked about other things, religion, her abusive ex-husband and worries about her daughter were often featured in her narrative. Martina used religion to connect the different experiences of her life and to look for meaning.

Markéta: Had you already converted in Slovakia or here?

Martina: I converted when I was in hospital for a very long time. I had a bacterial infection and they couldn't find out where the infection was. And it seemed like I was about to die. I received many infusions, four types of antibiotics, and nothing was working. They were trying to find out where the inflammation could be hiding because they could not find it. So I had an ECG,⁸ but down my throat, like when they are doing an examination of your stomach. During the ECG they looked at the tube through which I had the dialysis. It was connected to my heart artery and it had been there a long time – six years. So the infection could be there but they were not sure. Because they were giving me antibiotics and it was not working, they were a bit uncertain, and they let me leave. But they told me that I had to go to the main hospital sixty kilometres away.

So I went there with my parents and the doctor who was in charge, the main consultant of the dialysis ward, and another doctor. They told us that it was the end, that I would not continue to have dialysis in Zajačí,⁹ that they did not know what to do with me, and that I could die within the hour. My condition had worsened so much that they did not know how long I would last: an hour, maybe the journey home if I went home, five days, a week, a month. They did not know how long I would last and that even with the dialysis that I'd had, that it was the end (*že už končím* – literally, “I am finished”). My parents were so upset. My father went out – he left the room. My mum was begging them, she started crying that they must have a way, that they mustn't leave me like

⁸ Electrocardiogram.

⁹ A small town in Slovakia where Martina lived, the name is fictional.

that. They said that they would think of something. And we went outside where my dad was waiting in front of the hospital on a bench. I sat next to him, leaned on him and said “Dad, until when, tell me until when do I have?” and I was crying very much, “I want to live”. And he told me: “I don’t know, but lean on our Lord, come.”¹⁰

In Martina’s narrative, her encounter with religion is very personal and connected to her experience of having to confront mortality. As she explained, this episode, when her life was endangered, happened after she had been on dialysis for six years. Earlier in our conversation, Martina described how she had at first refused to have dialysis for a long time, despite being told by medical practitioners that her condition would deteriorate faster without the treatment. Eventually, she was told that she would die without dialysis, but she still refused to have dialysis because, as she said, “I knew that if I have it, that’s it, that’s the end. If I agree to have it once, I will have to have it forever.” What Martina meant by saying “that’s the end” is that it would be the end of her life as it was before – starting dialysis treatment would be an irreversible step that would lead to profound changes to her day-to-day way of being and to her status as an independent person. It would mean that her continued embodied existence would be dependent on medical technology. Martina described to me how she had finally agreed to having dialysis after her daughter asked her: “And what about me? If you die, what will happen to me?”

Arthur Kleinman (1988) differentiates between illness, disease and sickness. Illness refers to the way a disorder or disability is manifested in and impacts the sick person’s day-to-day life, and how they and their social network respond to it. Disease refers to the way that biomedicine and medical practitioners within biomedicine view the sick person’s problems and reformulate them “*only* as an alteration in biological structure or functioning” (ibid.: 5, italics in original). Sickness is the understanding of a disorder in relation to wider economic, political and institutional forces, such as the distribution of poverty or exposure to carcinogens which place some sections of population at a higher risk of certain disorders. In her narrative, Martina did not relate her problems to wider societal structures nor to her identity as a Roma woman. Yet, both of these aspects were important in shaping her illness experience and her conversion. She shared with other Roma the experience of ethnic exclusion and stigmatisation which forms part of their experience of hardship, what I refer to as suffering throughout this paper.

When a medical professional recasts a disorder or disability as being located solely in biology, this recasting creates a “disease entity” and at the same time

¹⁰ The conversation was conducted using a combination of Czech and Slovak. It was translated by the author and edited to omit pauses and interruptions, and to increase clarity.

devalues the social aspect of the illness experience and its meanings. Chronic illness is often bound up with a person's life course; the illness becomes inseparable from the sick person's life history and social relationships. According to Freidson (1970: 223), "when a physician diagnoses a human's condition as illness, he changes the man's behaviour by diagnosis; a social state is added to the biological state by assigning the meaning of illness to a disease". When Martina refused dialysis treatment, she was implicitly refusing the resulting shift in her social state and her identity. Yet, as her health continued to deteriorate, she was eventually forced to agree to dialysis. In Martina's narrative, she locates the basis of her agreeing to dialysis within her sense of obligation and care towards her daughter. The start of her regular dialysis treatment also marked a shift in her marriage and her relationship with her husband, and the onset of his violent behaviour. Martina's illness experience was shaped by her gender and her social roles of wife and mother.

Despite having to rely on technology in order to stay alive for the previous six years, the episode described above by Martina marks a shift in her relationship to medical technology, because of its possible failure in ensuring her survival. The relationship between the technology and Martina's body had become precarious and fraught with uncertainty, as the doctors were unsure if the treatment would continue to be effective and Martina was again told that her life was in danger. This insecurity and the unreliability of medical treatment led to the shift in Martina's relationship to medical technology and encouraged her to look for alternative possibilities for reconceptualising her position and creating meaning in her experience of illness through religion.

Religious Service and "Invisible Persons"

Narratives of conversion tend to be accounts of a sudden embodied experience of being in the presence of God, Jesus or the Holy Spirit.¹¹ Many converts describe a sudden feeling of God's presence, as if they were touched by God or spoken to by God. Despite conversion often being described as a form of rupture from the past and the beginning of a new life, Martina described to me how God had already been present in her life before her conversion without her realising it. Her parents and her daughter, as well as others in her social network, had attended church for several years prior to Martina's conversion, and God was guiding Martina's path through them. This recasting of past life experience after conversion has been found in other Roma Pentecostal groups as new meaning for past actions and experience is sought (Thurfjell 2013). Upon conversion and the "embracing of Jesus" or "welcoming Jesus into one's life", the convert gains a new social identity,

¹¹ The figures of God, Jesus and the Holy Spirit were used interchangeably by my interlocutors.

and new explanations and meanings are sought from the perspective of this social identity. The following extract describes Martina's first experience of “being in the presence of the Holy Spirit”:

And later I saw that people got healed. The friend who brought me there, she had cancer. And she just got better and I thought “what is that?! How is it possible?” When she saw my condition, she called me, so I went to see her. She explained a lot of things to me, she prayed for me. And she told me “you will go to church and you will pray. You must be like that woman who got healed after twelve years of bleeding”. And she told me the story of a woman who suffered from bleeding for twelve years. When she saw Jesus, how he heals people, she thought that he was her last hope, that she would start believing in him and he might heal her. But she could not get close to him, so that he could pray over her, because there were too many people around him. At that moment, she thought “I will at least touch the hem of his cloak”. And she touched the hem of the cloak and Jesus felt it and she got healed in that moment, because she believed that if she just touched the hem, she would be healed. And Jesus felt it and asked, “who touched the hem of my cloak?” And she admitted it to him. Her faith was big, you see.

And this friend told me “when you go to church and you feel inside that something is happening to you, think about this woman. Grab hold of that cloak and do not let go. Do not let go until the end”. And with this I went to church. And I felt the... as it is called the touch, for the first time, that “ah, something is happening inside me, something is tearing”, I felt as if something was stirring inside me. I felt it for the first time. I even thought that I was ill. I thought “oh, I am going to faint”. But I was feeling so well. And at that moment I thought about my friend, how she told me to “grab hold of it! Don't let go!” And I did. I did this [she makes grabbing motion] as if I was really holding on to that cloak, and I felt so good.

I left the conference with laughter, completely different, as if I really were healthy. Smiling. Content. I felt so content. Never before had I felt it like that day. And since then, I always think like that, when I really feel God's presence. I really feel as if I grabbed hold and I don't let go. They would have to tear my hand away, or take something away from me. I am completely fighting, I don't let go. It is always like that. And it is true. It depends on the faith.

Social reality emerges through inner worlds of humans, and is populated by “beings of fiction” (Latour 2010). These invisible entities, or “beings of fiction”, play an essential role in shaping social reality. Religious imagery is populated with such invisible persons who are experienced as real through religious and ritual practice (Noll 1985). Techniques such as meditation and visualisation, what Luhmann

(2005) calls “attentional training”, increase attention to inner stimuli and decrease attention to external stimuli. The effect of this “attentional training” and of sensory imagery used in prayer and in Pentecostal services is that the imagined comes to feel more real and, through increased attention to inner stimuli, people attribute greater significance to inner sensations which generates unusual experience (Luhrmann and Morgain 2012).

The ambiguous language used in prayer creates both an awareness of a dangerous presence and a sense of protection from it (Tomlinson 2004). However, it is not only language and the content of prayer that contribute to this sense of a dangerous presence, but also the sensory and emotional experience of prayer. In addition to prayer, the pastor’s preaching, emotional music and singing also evoke specific imagery and contribute to the sense of a “presence” during a religious ceremony. This sense of a “presence” is an embodied experience, a bodily response to affect external sensory stimuli. Bodies are not “things” but, rather, are processes that can learn to become affected in specific ways, which means that they need to become sensitised to certain stimuli and to respond to them in specific socially sanctioned and acceptable ways (Latour 2004). When Martina said that God had been present in her life before she converted, she refers to the fact that she had been exposed to religious imagery even before her conversion, and that she had learnt to pay attention to the specific stimuli which lead to the sense of “the touch” of God.

I had observed many times in church how Martina makes a motion as if she were grabbing onto something while praying or singing hymns with her eyes closed, but I had not understood its meaning until she told me the above story of how she imagines herself grabbing hold of Jesus’s cloak. The embodied experience of a personal relationship with Jesus is an important part in the religious life of the Life and Light converts. It is this personal relationship with Jesus, and the possibility of direct communication with Jesus and with God, that is one of the central aspects of Pentecostal Christianity (Luhrmann 2005; Podolinská 2014). Martina talks further about the changes that her relationship with Jesus brought to her life in the following section. She also describes the consequences that her religious conversion and church attendance brought about in her relationship with her (now) ex-husband:

I started going to church and my ex did not like it. He thought that I was seeing other men; that I was looking for someone. And even though it was on Sunday, I had to call the police three, four times. But still I went, I did not care, it was worth it because it was completely different. I knew that I would get beaten, when I got home. But when I was in church, I was happy, I was content, calm. I felt such goodness there. And later I did not mind anymore that I had to sit at the service and listen. I was feeling that calm – I started having that calmness, the feeling that it is a good thing, but... when I had those troubles and many times when I was sitting on the stairs after he hurt

me. When I was alone and it became quiet, I would say “God, why is it like this? When you say that I am your child, why do you let this happen? Do you not see me?” Many times, I reproached him: “when will you do something?” I did not understand, but he was helping me, he was helping me live through all this.

Religion thus enabled Martina not only to reconceptualise her illness but also to cope with being subjected to domestic violence by her first husband. As Kleinman (1988: 5) states that “illness experience [...] is always distinctive”, socially acceptable ways of being ill as well as expectations about how to behave when ill are altered and negotiated through our relationships. The embodied experience of a sense of “presence” that many converts talk about serves to create a relationship between converts and Jesus or God. This relationship is then cultivated through personal prayer and through the everyday practice of a Christian life. Like other personal relationships, the relationship with Jesus, as with an “invisible person” who is nonetheless real through his effects on the social world (see Kwon 2008 for a discussion of ghosts as “invisible persons”), requires continuous work in order to be successfully maintained. Life and Light converts described to me how they talk to Jesus, or to God, any time of the day when they need to, not only when reading the Bible or when they set time aside to pray. Martina told me that

when you really give him everything from your heart, all that you have inside, the feeling, the sadness (*ťažoba* in Slovak – lit. heaviness), that is completely different than if you confide to a friend. This is different because it is a secret between you and him. And to him you can say everything, completely, he will not laugh at you, he will help you, lift you. This is how it was told to me. And it is like that.

It is through this personal communication with Jesus or God that Martina sought to restore the sense of calm and of being “lifted” which she experienced during religious services. The presence of Jesus as an “invisible person” thus provided Martina with a technique to deal with her distress and suffering, even when she was not in the presence of other converts. Her belonging within the larger Roma Christian collectivity and her social relationships with others were channelled through her relationship with Jesus, what she describes as “faith”. The sense of having a personal relationship with Jesus is enhanced by the fact that the teachings of the Life and Light Church portrays Roma as people connected to Jesus both through descent and through the experience of hardship. Like religion, biomedicine is also populated with invisible entities, such as bacteria, viruses, or diseases, but because of biomedicine’s focus on biology these entities are not incorporated into the social experience of illness.

Religious Healing at a Christian Conference

In the account above, Martina talks about the embodied experience of religion and the importance of these experiences and visions in her conversion to Christianity when she talks about imagining and feeling as if she was grabbing onto Jesus's cloak. The embodied and sensory experience created by music and vivid images present during a service play an important part in religious healing and in the Life and Light converts' relationship with Jesus and with God. I have witnessed religious healing several times; one of the most memorable was at a two-day Christian conference in Leeds in June 2014. The ceremony was significant for me because I knew the people well who were being healed.

The ceremony at the conference was attended and led by Roma pastors who were visiting from France. As is usual, there was music and singing which many people joined in with, and the service was rather animated as the pastor gesticulated, raising or lowering his voice according to the content, making the service easy to listen to. The atmosphere was quite emotional and I had a happy and contented feeling, as I often had at the end of a church service. After the service, the pastors invited those who were ill and desired healing to come to the front. The group that attended was unusually small that day, and the only people who went to the front were Martina, her daughter Andrea, and Iveta, who had recently been diagnosed with cancer. Two of the pastors held out their hands, one raised above the woman's head, the other hand on her shoulder, praying over each woman as their turn came. The pastors prayed aloud with their eyes closed, their prayer almost a song, as their voices wove together, each pastor's prayer different. Their voices rose in intensity as the prayer went on, before becoming quieter as they moved their hands over to the next woman. The women also prayed silently with their eyes closed as they were being healed. Other people in the congregation joined in, and the hall was filled with voices. The atmosphere in the hall was very emotional, as all the different voices prayed together, each different but spoken in unison, combined with a joint purpose. Some people had eyes filled with tears.

Later, when I asked Iveta what she felt during the healing, she said that she felt "warmth inside" and that the prayer felt very powerful. Her husband Pavel, who was filming the healing on his phone, said that he had a strong feeling of a "presence" at the front of the hall where the healing was occurring. Martina told me that she thought she was going to faint, and that simply being so close to some of these pastors is a very powerful experience because they are "very blessed". Being "blessed" usually describes the person's ability to create a sense of a "presence" during a service or a prayer. It could be described as a perceived ability to channel God's presence. As the French Roma pastors prayed in the French dialect of *Romanes*, which neither Iveta nor Martina understood well, it was not the content of the prayer that was central to the healing process. Rather it was the sense of a

“presence”, created by the sensory experience of the prayer and the entire service which had preceded it.

When I began attending church with my interlocutors, I was a witness to and part of numerous discussions about religious healing. I was shown videos made by church members showing people being healed by prayer. These videos showed, for example, pastors praying over people in wheelchairs, and the same people then being lifted and stood on their feet by the pastors. These videos were shown to me as proof of the power of prayer and of “Our Lord”, and to make me believe. While I never started believing in God, I recognised the strong emotional impact of these healing practices, especially after witnessing them in person. Martina described to me how, when told by her parents to come to church with them to “be healed”, she had not understood how she could be healed when she remained dependent on dialysis. Similarly, I did not understand why some people were considered “healed” when they still had medical problems and needed medical care. Like Martina, I thought about “being healed” in biomedical terms, and as focusing on the body. While I was sitting next to Martina during her dialysis and listening to the story of her conversion, I realised that what she meant by “being healed” was a shift in her perception of self and her position of self within the world. Conversion to Christianity can lead to a change in the understanding of illness. As a diagnosis of illness results in a shift of the social position of the person, so does religious healing.

Medical practitioners consider an individual to be healed or cured if their body has been restored, as much as possible, to the same state of biological balance that it had prior to the onset of a disorder (Csordas 2002). However, medical criteria and knowledge about diseases are positioned within specific discourses based on a scientific and biomedical understanding of the body (Conrad and Baker 2010; Latour 1996). Religious healing differs from medical treatment as the goal of religious healing may be to encourage supplicants “to incorporate religious meaning and inhabit a religiously defined community” (Csordas 2002: 51). According to Csordas, an understanding of healing as a process requires a determination of what is perceived as an illness that needs to be treated in a particular cultural context, as well as a determination of “what it means to be a human being, whole and healthy, or distressed and diseased” (ibid.: 11).

The experience of healing can lead to a new perspective on one’s actions, past or future, and, as Csordas (ibid.: 25) adds:

to the extent that this new meaning encompasses the person’s life experience, healing thus creates for him a new reality or phenomenological world. [...] the supplicant is healed, not in the sense of being restored to the state in which he existed prior to the onset of illness, but in the sense of being rhetorically “moved” into a state dissimilar from both pre-illness and illness reality.

Therefore, “being healed” in the sense my interlocutors used it, does not mean being cured of a disease as a medical practitioner would define it. Rather, it is the knowledge that you are part of a wider Christian community and the sense of being moved by the Holy Spirit and by “the touch” of God that create a new kind of reality, which is described as “being healed”. According to Latour (2010: 29, *italics in the original*), religion “does not speak of things, but *from* things”, it works on the listener rather than providing information. Religion therefore creates an emotional shift, a change in the subject’s perception of self and the world, which is at the basis of religious healing.

Conclusion

By the end of the dialysis, Martina is visibly in pain. Several times during the last hour, she moans in pain while she tries to stretch and massage her leg. After she is disconnected from the dialysis machine, she weighs herself again. The scales show forty-seven and half kilograms; two kilograms less than Martina’s weight at the beginning of the dialysis. After that she is ready to go, and we leave the ward. During the session, there has been very little interaction between Martina, the other patients and the nursing staff. Martina told me that she usually spends her dialysis sessions reading the Bible or praying. This regular event of bodily transgression and connectedness to medical technology has become a mundane occurrence in Martina’s life. Yet, it is also a time that Martina uses for religious reflection. Religion and religious imagery provide a way for Martina to deal with the insecurities of medical treatment as well as the anxieties that she must face in her day-to-day life and when thinking about her daughter’s future.

This paper explored the ways in which the Christian narrative addresses itself to human suffering. Religious conversion and healing serve to create a new identity and a way of being for the Life and Light converts, whereas medical technology is not concerned with meaning: rather it focuses on the body, thus often rendering the social aspects of the illness experience and of suffering invisible. Without the dialysis treatment, Martina’s body would fail to function and eventually fail. During the dialysis, her biological body is “remade” so that it remains a socially acceptable body and she can then re-enter her social world. Yet the dialysis procedure and medical professionals do not attend to Martina’s sense of self. Additionally, biomedicine is only concerned with some forms of bodily discomfort and suffering. A large part of Martina’s suffering was caused by her experience of domestic violence, which in Martina’s narrative becomes entangled with her illness. Following her conversion Martina became part of a Roma Christian collectivity and was able to share her sense of suffering and hardship with Jesus and with other converts. While biomedicine focuses on the continual remaking and maintenance of biological bodies, Roma Pentecostal Christianity provides converts with

techniques of re-making their social self through embodied practices and through this new self, the person is *spasený* (saved) or *uzdravený* (healed).

REFERENCES

- Amnesty International. 2014. “We Ask for Justice”: Europe’s Failure to Protect Roma from Racist Violence. Retrieved from <https://www.amnesty.org/en/documents/EUR01/007/2014/en/>.
- Csordas, Thomas. 2002. *Body, Meaning, Healing*. Basingstoke & New York: Palgrave Macmillan.
- European Commission. 2014. Roma Health Report. Appendices. Retrieved from http://ec.europa.eu/health/social_determinants/docs/2014_roma_health_report_en.pdf.
- Freidson, Eliot. 1970. *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. New York: Harper & Row.
- Gay y Blasco, Paloma. 1999. *Gypsies in Madrid: Sex, Gender and the Performance of Identity*. Oxford: Berg.
- Kleinman, Arthur. 1988. *The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition*. New York: Basic Books.
- Kwon, Heonik. 2008. *Ghosts of War in Vietnam*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Latour, Bruno. 1996. “On the Partial Existence of Existing and Non-existing Objects.” In *Biographies of Scientific Objects*, ed. Lorraine Daston, 247–269. Chicago: University of Chicago Press.
- . 2004. “How to Talk About the Body? The Normative Dimension of Science Studies.” *Body & Society* 10 (2–3): 205–229.
- . 2010. *On the Modern Cult of the Factish Gods*. Durham: Duke University Press.
- Luhrmann, Tanya M. 2005. “The Art of Hearing God: Absorption, Dissociation and Contemporary American Spirituality.” *Spiritus: A Journal of Christian Spirituality* 5 (2): 133–157.
- Luhrmann, Tanya M., and Rachel Morgain. 2012. “Prayer as Inner Sense Cultivation: An Attentional Learning Theory of Spiritual Experience.” *Ethos* 40 (4): 359–389.
- NHS. 2015. Dialysis. How It’s Performed. Retrieved from <http://www.nhs.uk/Conditions/Dialysis/Pages/How-haemodialysis-is-performed.aspx>.
- Noll, Richard. 1985. “Mental Imagery Cultivation as a Cultural Phenomenon: The Role of Visions in Shamanism.” *Current Anthropology* 26 (4): 443–461.

- Podolinská, Tatiana. 2014. "Questioning the Theory of Deprivation: Pentecostal Roma in Slovakia." In *Romani Pentecostalism: Gypsies and Charismatic Christianity*, eds. David Thurfjell and Adrian Marsh, 89–107. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Taussig, Michael. 1980. "Reification and the Consciousness of the Patient." *Social Science and Medicine* 14 (1): 3–13.
- Thurfjell, David. 2013. *Faith and Revivalism in a Nordic Romani Community: Pentecostalism amongst the Kaale Roma of Sweden and Finland*. London: I. B. Tauris.
- Thurfjell, David, and Adrian Marsh, eds. 2013. *Romani Pentecostalism: Gypsies and Charismatic Christianity*. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Tomlinson, Matt. 2004. "Ritual, Risk and Danger: Chain Prayers in Fiji." *American Anthropologist* 106 (1): 6–16.

Markéta Doležalová

marketa.dolezalova@manchester.ac.uk

Department of Social Anthropology
University of Manchester
<http://www.socialsciences.manchester.ac.uk>

Obráz indickéj medicíny: od koloniálnej minulosti po súčasnosť

Ivan Souček

Abstract: Some Orientalist writers have historically referred to indigenous medicines of India as static systems, which have over the course of history only slightly developed and were least influenced by historical, economic and political circumstances. Over last few decades, the Western interpretations have become the subject of revisiting and criticism, this is the case of Indian medical lore as well. In the Western reflection of indigenous medicine of India, we identify representations, most notably based on the dichotomy of the West and the East as two essentially different cultural areas. Therefore, traditional Indian medicine is described as ageless and ancient practice. On the one hand, the medical scriptures were interpreted as the primitive superstition, full of unscientific approaches, based on absurd assumptions and religious ideas regarding the man. On the other hand, Indian medicine is part of classical heritage and source of archaic wisdom. In fact, Indian indigenous systems of medicine present a heterogeneous cultural phenomena; insights, ideas and particularly practices, that transformed and developed as every other part of culture. Hence, critical review on cultural history of Western representations of Indian medical traditions and their impact on contemporary intercultural encounters is needed.

Keywords: indigenous medicine of India, Orientalism, representations, essentialism, post-colonialism

Úvod

V priebehu niekoľkých posledných desaťročí si ľudia v euroamerickom priestore zvykli na prítomnosť rôznych konceptov zdravotnej starostlivosti, korene ktorých siahajú do niektorej z krajín ázijského kontinentu. Napriek nástupu multikulturalizmu a tendencií k objektívnejšej reflexii mimoeurópskych kultúrnych prvkov pretrvávajú v súvislosti s ich prítomnosťou rôzne stereotypné predstavy. Dnes je viac než zrejmé, že naše chápanie odlišných kultúr je limitované nastavenými kategóriami poznávania a prevládajúcou paradigmou. Základným problémom sa v tejto súvislosti javí tvorba deformovaných reprezentácií, ktoré nám bránia hlbšiemu porozumeniu. Viaceré súčasné reprezentácie mimoeurópskych tradícií majú svoju dlhú históriu, iné boli sformulované až európskymi predstaviteľmi na prelome 18. a 19. storočia. Aby bolo možné rozšíriť a objektivizovať naše poznanie, je

potrebné tieto kategórie správne identifikovať v kontexte procesu vzájomného poznávania sa. Štúdia sa preto na príklade indickej medicíny pokúša ukázať spôsob, akým v minulosti dochádzalo k vytváraniu prívlastkov a celkových reprezentácií mimoeurópskych medicínskych tradícií v západnom diskurze a aký dôsledok to má na súčasnosť. Opierame sa pritom o teóriu, že mnohé súčasné reprezentácie cudzokrajných kultúrnych prvkov nevychádzajú z kritického postoja a dôkladnej analýzy, ale reprodukovujú niektoré zo zaužívaných obrazov. Analytický prístup vychádza z línie postkoloniálneho myslenia, ktoré vzniklo v osemdesiatych rokoch 20. storočia ako dôsledok tvorby západných interpretácií ázijských a čiastočne aj afrických kultúr.¹ Základným pilierom postkoloniálneho prístupu je kritický náhľad na spôsob tvorby západných reprezentácií krajín Orientu,² ktoré nereflektujú skutočnú povahu spoločenských a kultúrnych javov, a tým devalvujú ich autentický charakter a hodnotu. V súčasnosti sa tento značne populárny prístup rozvinul do kritického postoja voči centristickým snahám akéhokoľvek charakteru a našiel si tak uplatnenie v literatúre, antropológii, filozofii či politológii.³

O indických medicínskych tradíciách ako ájurvéda či júnání-tíbb sa v minulosti hovorilo ako o statických systémoch, ktoré sa v priebehu histórie len nepatrne vyvíjali a minimálnym spôsobom sa ich dotkli okolité vplyvy. Orientalistická literatúra vychádzala z predpokladu, že texty pojednávajúce o medicínskej problematike, pochádzajúce zo starovekého obdobia, ktoré boli v Indii pokladané za nadčasové, nadpozemské dary bohov, sú jediným normatívnym zdrojom medicínskeho poznania, a preto popierajú akýkoľvek vývoj v tejto oblasti. Podľa P. Chakrabartiho (2014: 188–189) pochádza táto idea až z osemnásteho storočia a treba ju chápať

¹ Pozri dnes už klasickú prácu E. Saida (1978) *Orientalism: Western Conception of the Orient*.

² Úvodom je potrebné zdôrazniť, že koloniálne koncepty ako Orient a analogicky k nemu aj Okcident, majú svoj pôvod v esenciálnom dichotomickom delení, ktoré vychádza z konštruktu Východu a Západu ako dvoch celistvých kultúrnych areálov s charakteristickým mentálnym obrazom. Vzhľadom na skutočnosť, že táto štúdia reflektuje vo svojom prístupe postkoloniálnu paradigmu, využívame tieto termíny výhradne za účelom vymedzenia referenčného rámcu poznávania a v žiadnom prípade sa tak nepokúšame o objektivizáciu geografického priestoru či reprodukcii stereotypných atribútov vo vytýčenom areáli. Na jednej strane tak orientálna medicína v našom prípade označuje široké spektrum tradícií, ktoré sa v minulosti rozvíjali prevažne v Ázii, západná medicína na druhej strane odkazuje na komplex liečebných praktík, ktoré v zmysle historicko-spoločenských udalostí vychádzajú z pozitivistického a racionálneho poňatia človeka. Bližšie k problematike konštruovania metageografického a metaforického areálu pozri napríklad štúdiu od M. Karáska (2012).

³ V slovenskom prostredí pozri napríklad monotematické číslo časopisu *World Literature Studies* (3/2012) zamerané na problematiku postkoloniálnych štúdií.

v celkovej interakcii medzi Európou a indickým svetom. Obraz indickej medicíny ovplyvnili výrazným spôsobom aj domáci predstavitelia, ktorí nekriticky preberali niektoré západné interpretácie orientálnych kultúr a tradícií a snažili sa tak buď potvrdiť legitimitu domácej medicíny odvolávaním sa na klasické dedičstvo staroveku, alebo naopak v kontraste k západnej medicíne poukazovali na jej zaostalosť.

Dnes už však niet pochyb o tom, že indické medicínske systémy nepredstavujú odveké a večné javy pretrvávajúce vo svojej nezmenenej podobe niekoľko tisícročí. Indická medicína v skutočnosti predstavovala a v súčasnosti naďalej predstavuje heterogénnu zmes rôznych javov, náhľadov a predovšetkým praktík, ktoré sa pod vplyvom sociálnych, ekonomických či politických faktorov transformujú a vyvíjajú (Meulenbeld 1984; Wujastyk 1993). V koloniálnom období sa indické medicínske prostredie formovalo aj vďaka vplyvom pochádzajúcim z európskych krajín. Aby bolo možné pochopiť spôsob, akým v súčasnosti dochádza k vytváraniu niektorých reprezentácií indickej medicíny, je potrebné pozrieť sa kritickým spôsobom na charakter týchto vplyvov v kontexte historických a sociálnych udalostí. Tie totiž výrazným spôsobom ovplyvnili nielen medicínsku sféru v Indii, ale i spôsob konštrukcie obrazu indickej medicíny za hranicami tohto regiónu.

Prvé kontakty Európanov s indickou medicínou

Záujem Európanov o ázijskú medicínu, vrátane indickej medicínskej tradície známej ako ájurvéda, má pomerne dlhú históriu. Podľa T. J. S. Pattersona (2001) dochádza k prvej výmene znalostí v oblasti medicíny vďaka obchodovaniu s korením. Dopyt po ázijskom korení existoval v Európe už v čase antického Ríma a prípravky určené na medicínske použitie sa prepravovali spolu s nákladom prevážajúcim korenie. Za prvých skutočne preukázateľných šíriteľov medicíny z priestoru indického subkontinentu sa však považujú až arabskí vzdelanci. Tým sa podarilo v priebehu 10. a 11. storočia zapracovať do svojich spisov viacero poznatkov o spôsoboch liečenia využívaných indickými medicínskymi špecialistami. Prostredníctvom neskorších prekladov týchto spisov do latinčiny sa s nimi mohli oboznámiť aj európski lekári a vzdelanci. Keďže väčšina indickej medicínskej literatúry bola zapísaná v sanskrte, európski záujemcovia o túto oblasť nemali možnosť hlbšie študovať princípy, na ktorých táto medicína stojí. S rastúcim vplyvom moslimov v Indii dochádza aj k rozšíreniu praktizovania perzsko-arabskej medicíny júnání-tibb na tomto území. Napriek rozdielnemu charakteru ájurvédy a júnání-tibb dochádza medzi nimi k viacerým interakciám a vzájomnému ovplyvňovaniu. Postupom času sa z júnání-tibb stala medicína vládnucej vrstvy Mughalov a praktizovala sa predovšetkým v husto osídlených lokalitách a ájurvéda sa stala doménou chudobnejších vrstiev obyvateľstva usídlených prevažne na vidieku. Takáto situácia pretrvávala v Indii až do príchodu európskych mocností v 16. storočí (ibid.; Wujastyk 1993).

Európsky záujem o indickú medicínu – hľadanie koreňov civilizácie a pragmatické využitie

K intenzívnejšiemu zblížovaniu medzi Indiou a európskymi krajinami dochádza až v 16. storočí v čase koloniálnej expanzie západných mocností do tejto časti sveta. V roku 1510 sa v Indii usádzajú ako prví Portugalci, nasledujú Holanďania a neskôr Angličania. Vzhľadom na odlišnosť klimatických podmienok oproti tým, na ktoré boli Európania zvyknutí, objavili sa u kolonistov počas ich pobytu v Indii viaceré zdravotné problémy. Z uvedeného dôvodu prejavovali Európania spočiatku značný záujem o znalosti miestnych medikov a snažili sa s nimi konzultovať liečbu zdravotných problémov (Roy 1974). Západní lekári sa pri kontakte s miestnymi špecialistami snažili získať poznatky ohľadom overených liečiteľských postupov. Následne sa ich záznamy, pojednávajúce okrem iného aj o tropických chorobách a spôsoboch, ako ich lieči indická medicína, objavili v Európe. Odbornú európsku verejnosť informovali nielen o miestnych praktikách, ale aj o liekoch, ktoré sa v Indii využívajú pri liečení závažných ochorení. Koncom 18. a začiatkom 19. storočia došlo v Európe k pozdvihnutiu záujmu o indickú históriu a kultúru, čo súvisí so širšími spoločenskými a politickými udalosťami tohto obdobia. Toto zaujatie vzdialeným indickým svetom vyústilo okrem iného k tomu, že mnohí Európania v Indii začali ešte intenzívnejšie konzultovať svoje zdravotné problémy s miestnymi medicínskymi špecialistami. Hlavným dôvodom boli oveľa väčšie skúsenosti domorodých liečiteľov s rôznymi formami tropických chorôb, než mali novo prichádzajúci lekári z Európy. Viaceré obchodné spoločnosti posielali totiž s expedíciami do Indie aj vojenských lekárov. Tí však nemali znalosti o liečení miestnych chorôb a veľmi rýchlo zistili, že metódy európskej medicíny sú v mnohých prípadoch nepoužiteľné. D. Arnold (2004: 66) dodáva, že hoci európski lekári neboli ochotní akceptovať svoje obmedzené možnosti a nedostatky vlastnej medicíny, bolo evidentné, že pri konfrontácii s problémami, ako sú napríklad cholera či dyzentéria, boli ich metódy len veľmi málo účinné. Rozhodli sa preto angažovať do svojich radov miestnych medicínskych špecialistov, úlohou ktorých bolo pomáhať pri adaptácii na odlišné klimatické podmienky. Táto prax sa v prvej polovici 17. storočia stala aj súčasťou oficiálnej politiky britskej Východoindickej spoločnosti (Arnold 2004).⁴

Európski vzdelanci prejavujú od konca osemnásteho storočia intenzívny záujem o indickú astronómiu, matematiku či medicínu (ibid.). Dosvedčuje to britský vzdelanec sir Williams Jones, zakladateľ Ázijskej spoločnosti,⁵ ktorý pôsobil

⁴ Britská Východoindická spoločnosť vznikla v roku 1600 a zaoberala sa predovšetkým obchodom s bavlnou, čajom, hodváhom, soľou a ópium. Spoločnosť tiež stála v počiatkoch britského koloniálneho ovládnutia Indie.

⁵ Spoločnosť bola založená v roku 1784 a spočiatku sa zameriavala predovšetkým na

v indickej Kalkate v rokoch 1783–1794. Tvrdil, že Európania sa môžu veľa naučiť od indických medicínskych špecialistov, predovšetkým v oblasti materie medicíny, ktorú treba študovať a zhromažďovať. Snažil sa navyše povzbudzovať botanikov, aby študovali sanskrít a mohli tak lepšie poznať indické lieky (Arnold 1993; Harrison 1994). Pozdvihnutie záujmu o indickú kultúru a spoločnosť treba chápať v kontexte systematickej snahy britskej koloniálnej politiky o ovládnutie a následne o pretvorenie kolonizovaného územia v súlade so západným konceptuálnym myslením, čo v konečnom dôsledku viedlo i k vzniku novej akademickej disciplíny, orientalistiky. Viacerí predstavitelia tejto disciplíny verili, že existuje akýsi spoločný základ všetkých starovekých civilizácií. India zohrávala v tomto smere mimoriadnu úlohu, keďže sa v predstavách západných orientalistov spájala so zrkadlovým obrazom európskej kultúry a jej hodnôt, a tým vlastne reprezentovala dávno stratenú minulosť.

Vzhľadom na skutočnosť, že európska orientalistika sa formovala prevažne ako lingvistická disciplína, dôraz sa kládol na klasické literárne pramene indickej civilizácie. Ako dokazuje M. Fárek (2014: 82), jedným z hlavných zámerov rodiacej sa britskej orientalistiky, vedenej predstavou indického náboženského poznania ako najstaršieho religiózneho dokladu ľudstva, bolo hľadanie indických doktrín a koreňov indickej civilizácie a kultúry prostredníctvom prekladu a skúmania archaických textov. Niektorí orientalisti vychádzali z predpokladu, že západná a indická medicína majú mnoho spoločného, a preto pochádzajú z jedného zdroja. Poháňaní víziou zlatého veku ľudstva a snahou o odhalenie autentickej podoby medicínskeho poznania sa do centra pozornosti orientalistov dostali aj medicínska literatúra a staroveké texty pojednávajúce o zdravotníckej problematike. V tejto súvislosti však treba dať do pozornosti zistenie niektorých bádateľov (King 1999; Pennington 2005) zaoberajúcich sa postkoloniálnymi štúdiami, ktorí tvrdia, že pri modernej konceptualizácii indických tradícií zohralo významnú úlohu i domáce obyvateľstvo. Jedným z príkladov je aj spôsob akým indickí vzdelanci vstúpili do procesu formovania obrazu hinduizmu ako jedného veľkého náboženstva. Vďaka tomu, že boli schopní komunikovať s britskými úradníkmi sa im podarilo prezentovať vlastnú perspektívu ako celoindividálny koncept a tým pádom prispeli k homogénnej predstave indického náboženského myslenia. Znamená to, že hoci hľadanie koreňov indickej kultúry bolo iniciované Európanmi, významnú úlohu v ňom zohrali aj samotní Indovia, a to hlavne príslušníci brahmanskej kasty ovládajúcej sanskrít (Chakrabarti 2014). V ďalšom období sa navyše niektorí predstavitelia domáceho obyvateľstva výrazne angažovali pri snahe koloniálnych autorít

zhromažďovanie starých rukopisov. Podľa memoranda vypracovaného W. Jonesom za mala spoločnosť sústrediť hlavne na geografické územie Ázie a v rámci tohto priestoru sa mala orientovať na výskum akýchkoľvek produktov ľudskej či prírodnej činnosti.

eliminovať pôsobenie lokálnych medicínskych špecialistov na úkor západnej medicíny.

„Westernizácia“ indickej kultúry a medicínska monopolizácia

V prvej polovici 19. storočia začala britská koloniálna správa v Indii za pomoci miestnych obyvateľov zavádzať radikálne zmeny týkajúce sa lokálneho spôsobu života. Nové technológie a komunikačné možnosti, ktoré prichádzali spolu s Britmi do Indie, umožnili britskému impériu ovládnuť indické územie takým spôsobom, akým sa to nepodarilo nikomu predtým. Koloniálna veľmoc položila prostredníctvom reformných snáh v oblasti legislatívy či inštitucionálneho fungovania základy pre vznik moderného indického štátu. S touto snahou úzko súvisí aj britská politika tvrdšej „westernizácie“ sekulárneho i náboženského života. Akékoľvek prvky indickej kultúry mali byť postupne odstránené a nahradené západným spôsobom života. Znamenalo to zásadný obrat v pomerne liberálnom a tolerantnom vzťahu Britov voči rôznym prejavom indickej kultúry. V tejto historickej etape začína medzi britskými predstaviteľmi silnieť kritika viacerých aspektov indického života, medzi ktorými mala miestna medicína špeciálne postavenie. Charles Morehead, hlavný predstaviteľ Grant Medical College v Bombaji vyhlásil, že jednou z hlavných úloh tejto inštitúcie je vysporiadať sa s demoralizujúcim efektom medicíny, ktorá je založená na nevedeckých predpokladoch, ako sú zariekavania, amulety a obete (Haines 1884: 15–16).

Vzhľadom na pomerne dlhú interakciu medzi európskou a domorodou medicínou prichádzajú tvrdenia spochybňujúce túto oblasť domácej zdravotnej starostlivosti na úkor vedecky koncipovanej medicíny Európanov pomerne neskoro. Bolo to spôsobené pravdepodobne pragmatickými záujmami Britov, vidiacich v domácich medicínskych postupoch efektívny terapeutický nástroj na zdravotné problémy, s ktorými si nevedeli poradiť západní lekári. Na jednej strane tak medzi západnými bádateľmi doznieva záujem o indické lekárstvo, na strane druhej však vzrastajú kritické postoje k jeho metódam a záverom. Postupom času prevládol v prostredí západnej medicíny mimoriadne netolerantný prístup k indickým medicínskym formám. Prostredníctvom monopolizácie medicínskej praxe sa britská administratíva systematicky snažila vytlačiť alebo minimálne si podriadiť pôvodné indické systémy zdravotnej starostlivosti. Najskôr, v roku 1833, prišlo nariadenie, aby bola akákoľvek podpora indickej medicíny zrušená a školy, na ktorých sa táto medicína vyučovala, mali byť bezodkladne zavreté. Výučba indickej medicíny sa presúvala z oficiálnych inštitúcií smerom do rodín, v ktorých sa poznanie a prax odovzdávali po medzigeneračnej línii. Jediný spôsob medicíny, ktorý mohol byť v Indii vyučovaný, bol západný, a to výhradne v anglickom jazyku. V roku 1835 toto nariadenie ešte posilnilo prijatie angličtiny ako oficiálneho indického jazyka (Anshu 2016). Od tohto obdobia stráca indická medicína oficiálnu podporu a jej

pôsobenie sa presúva hlavne do vidieckych oblastí, kde prevládal nedostatok indických lekárov ovládajúcich postupy západnej medicíny.

Západná medicína sa ukázala ako efektívny nástroj demonštrácie nadradenosti a legitimity koloniálneho usporiadania spoločenského systému. D. Arnold (2004: 57) uvádza viaceré dôvody, prečo práve medicína zohrala takú dôležitú úlohu v procese vedeckej „westernizácie“ Indie. Za najdôležitejší z nich možno pokladať skutočnosť, že na rozdiel od iných vedeckých a technických odborov, práve medicína vykazovala najväčšie možnosti vplyvu na sociálne, kultúrne a materiálne aspekty života v Indii. Z toho dôvodu sa zákazy, týkajúce sa jej výkonu, mali čo najskôr odraziť v celkovom spôsobe života indickej populácie.

Hoci britskí lekári pôsobiaci v Indii strácali kvôli tvrdým represiam voči lokálnym kultúram kontakt s miestnymi medicínskymi špecialistami, nedošlo k úplnému pretrhnutiu väzieb medzi nimi a indickou medicínou. Ako tvrdí D. Arnold (1985: 177), dokazuje to aj pretrvávajúci záujem britských bádateľov o indickú *materia medica*, ktorá mala potenciál byť využitá aj v rámci postupov západnej medicíny. Celkový trend však bol opačný. Indická medicína bola vo svetle európskeho konceptu racionalizmu a empirizmu chápaná ako spiatočnícka povera, ktorá vychádza z archaických náboženských konceptov o fungovaní človeka, a preto bola akákoľvek jej systémová podpora považovaná za kontraproduktívnu. V podobnom duchu sa vyjadrovali viacerí britskí lekári a medicínski úradníci, ktorí sa dostali do kontaktu s indickou medicínskou náukou. Dokonca britský lekár W. Ainslie (1826), známy svojou prácou *Materia Indica*, ktorú chápeme ako prvý pokus o vytvorenie prepojenia medzi európskymi a ázijskými liekmi, spomína síce vo svojej práci záujem o indickú *pharmakopeiu* a o zručnosti indických špecialistov medicíny, ktorých osobne stretol v Madrase, no celkovo sa stavia k indickému liečiteľstvu veľmi kriticky. Za hlavný dôvod svojho kritického postoja považuje splynutie medicíny v Indii s náboženstvom. Opiera sa o tvrdenie v starovekých textoch, že *ájurvéda* bola sprostredkovaná ľuďom ako dar od bohov. Preto nie je možné, aby sa táto medicína ďalej vyvíjala a vystúpila tak zo svojho antiempirického obmedzenia. Britská interpretácia indickej medicíny tak stavala na generalizujúcom predpoklade jednotného epistemologického základu a prisudzovala miestnej tradícii esenciálny charakter. Nevedecká podstata indickej medicíny sa stala jednoznačným dôkazom rasovej nadradenosti európskeho intelektu nad kolonizovaným národom. Dôkazom je aj vyjadrenie J. R. Martina (1838: 60), pôsobiaceho v bengálskej lekárskej službe: „Ako dochádza k premiešavaniu európskej medicínskej vedy s jej príbuznými odbormi, je potrebné miestnym dokázať jeden z najviac pôsobivých a zreteľných ukazovateľov nadradenosti európskeho poznania vo všeobecnosti.“ Názor, podľa ktorého bola akákoľvek miestna medicína založená na mytologických základoch, a preto nekompatibilná s vedeckým poznáním, nájdeme vo viacerých vyhláseniach britských medikov. Jeden zo zdravotníckych úradníkov

vyhlásil v roku 1844, že „miestna medicína je vo veľmi nekultivovanom a jednoduchom štádiu. Nie sú tu žiadni hakimovia alebo ľudia, ktorí by sa jej výhradne venovali. A väčšina chorôb, ak nie aj všetky, sa pripisujú urieknutiu alebo bohom, liečenie je založené na modlitbách, zariekavaní a modloslužobníctve“ (Buckingham 2002: 73). V podobnom duchu sa nesie aj poznámka už spomínaného J. R. Martina (1838: 70): „Induktívny spôsob hľadania príčin je pre brahmanov neznámy, nikdy neboli pozorovateľmi všeobecných zákonov, nemajú žiadnu liečbu na konkrétnu chorobu, všetko, čo obsahujú ich medicínske záznamy, je vo forme splývajúceho všeobecného systému, ktorého väčšia časť má súvis s mytológiou a nie medicínou.“

Hoci vyhlásenia britských medikov jednoznačne podceňujú indickú liečiteľskú tradíciu a pripisujú jej metódam len veľmi nízku, či priamo žiadnu účinnosť, je možné i naďalej sledovať prípady ambivalentnej reflexie indického lekárstva. Zaujímavé sú v tomto kontexte zistenia N. Brimnesa (2004: 194), ktorý tvrdí, že pôsobenie západnej medicíny v Indii nemožno chápať výhradne iba ako súčasť kolonizačnej misie. Svoje závery zakladá na tom, že zatiaľ čo správy vyzdvihujúce prevahu západnej medicíny boli určené prevažne pre európskych čitateľov, materiál určený pre úzky okruh ľudí v administratívnej správe mal trochu odlišný charakter. Pre zamestnancov lekárskej služby v Indii nebola miestna medicína len dôkazom vlastnej kultúrnej a rasovej nadradenosti, ale slúžila aj ako zdroj užitočných informácií. Koncept západnej medicíny ako jeden z nástrojov koloniálnej správy bol navyše pribrzdený environmentalistickou paradigmou, podľa ktorej je ľudské telo univerzálne a chorobné prejavy je treba vnímať v kontexte prírodného prostredia (Arnold 1993). To síce nahráva európskej idei nadradenosti, keďže Európania žijú v miernejšom klimatickom pásme, znamená to však výrazné obmedzenie pri aplikácii postupov západnej medicíny v Indii.

S rozvojom západnej medicíny na prelome 19. a 20. storočia vzrastalo aj presvedčenie o bezprecedentnom úspechu jej koloniálneho poslania v Indii. Súviselo to predovšetkým s pokrokom pri liečení rôznych tropických chorôb, s ktorými si lekári nevedeli dovtedy poradiť. V roku 1921 sa A. J. H. Russell, riaditeľ verejného zdravotníctva v indickom Madrase vyjadril, že v minulosti sa urobilo v Indii veľmi málo výskumov týkajúcich sa epidemických ochorení a že metódy, ktoré sa v súčasnosti využívajú, sú často primitívne a nevedecké. Vo svojom dôsledku sú tak kompletne nevhodné pre riešenie zdravotnej situácie (Watts 2003: 129). V procese kritickej reflexie indickej medicíny zohrali svoju úlohu aj spomínaní domáci predstavitelia, reprezentovaní predovšetkým tzv. novou indickou intelektuálnou elitou. Išlo prevažne o domácich vzdelaných jednotlivcov pochádzajúcich z vyšších spoločenských vrstiev, ktorí aktívnym spôsobom spolupracovali s britskými predstaviteľmi. Ukazovali miestnym obyvateľom diametrálne odlišné predstavy o fungovaní sveta než tie, na ktoré boli zvyknutí a aktívne obhajovali modernizáciu spoločnosti a oslobodenie od prežitkov a zaostalých praktík. V prípade medicínskej problema-

tiky vstupovali do hry aj indickí lekári vzdelaní v západnej medicíne, ktorí v súlade so svojím vzdelaním zvykli zdôrazňovať, že miestni praktici nemajú dostatočnú kvalifikáciu a tréning v medicínskej praxi, a preto nie sú spôsobilí na to, aby vykonávali zodpovedne svoje povolanie (Sharma 2012). Ilustračným príkladom je lekár S. G. Chakravarti, ktorý napriek tomu, že pochádzal z brahmanskej rodiny, počas svojho štúdia medicíny na londýnskej University College konvertoval na kresťanstvo. Ako neskorší profesor klinickej medicíny na Calcutta Medical College⁶ sa aktívne zasadzoval o šírenie dobrého mena lekárskej profesie a západnej medicíny v Indii (Harrison 1994). V konečnom dôsledku tak transformácia oblasti zdravotnej starostlivosti v Indii nebola určovaná výhradne koloniálnymi autoritami, ale vzhľadom na rôzne kvality odozvy domácej vzdelanej vrstvy naberala špecifický charakter.

Nárast sebedovedy západnej medicíny, silne podporovanej vládnyimi inštitúciami, bol však prekvapujúco pribrzdený zvyšujúcou sa popularitou miestnych medicínskych špecialistov. Ku koncu 19. storočia sa začali objavovať viacerí obhajcovia indickej medicíny, ktorí boli presvedčení, že indická medicínska tradícia nemôže byť tak neužitočná, ako to tvrdí západná medicína. Poukazovali na neúspech západnej medicíny pri liečení rôznych epidemických ochorení, s ktorými sa podľa ich názoru dokáže omnoho lepšie vyrovnáť miestne lekárstvo, čerpajúce z dlhšej tradície a skúseností. Koloniálna správa sa tak musela vyrovnáť so skutočnosťou, že hoci západná medicína v Indii získala v oblasti zdravotnej starostlivosti formálne výhradné postavenie, nebolo to také jednoznačné, ako sa spočiatku predpokladalo (Arnold 1985). Pod vplyvom kritiky indickej medicíny a jej nedostatočného inštitucionálneho pozadia sa začali tiež formovať hnutia snažiace sa o uskutočnenie reforiem v oblasti vzdelávania, s cieľom priblížiť sa západnej medicíne. Dochádza tak k zaujímavej situácii, keď domáce hnutia špecialistov indickej medicíny preberajú unifikovaný obraz západnej medicíny za účelom vlastnej mobilizácie a zvýšenia konkurencieschopnosti v prostredí medicínskeho pluralizmu.

Základy modernej podoby indickej medicíny v kontexte budovania národnej identity

Od začiatku 20. storočia sa stala indická medicína dôležitou súčasťou ideológie indických nacionalistických hnutí bojujúcich za zmenu koloniálneho systému. Po

⁶ Založenie lekárskej fakulty v roku 1835 znamenalo významný medzník pri prieniku západnej medicíny do Indie. Jej vznik sprevádzalo nielen vyzdvihovanie nadradenosti západnej medicíny ale i tvrdenia, že toto je jediný spôsob medicínskeho inštitucionálneho vzdelávania s podporou koloniálnej veľmoci. Lekári, ktorí tu vyštudovali, rozširovali západné vedecké medicínske vzdelanie nielen v Indii ale aj v ďalších britských kolóniách (Sen a Das 2011).

získaní nezávislosti Indie v roku 1947 získali všetky miestne medicínske formy navyše silnú podporu od politických predstaviteľov hlásiacich sa k nacionalistickým ideám. V kontexte budovania národnej identity sa začala indická medicína vnímať predovšetkým ako súčasť dedičstva starovekej Indie. Praktici indickej medicíny, ovplyvnení orientalistickým konceptom unifikovaného archaického dedičstva dávnej minulosti, hľadali spôsob, akým revitalizovať vlastnú medicínsku tradíciu. Indická vláda sa navyše potrebovala vyrovnáť so situáciou, keď na jednej strane akceptovala postavenie a dôležitosť západnej medicíny, na druhej strane si však uvedomovala význam indickej medicíny v kontexte budovania národnej identity. Ako dôsledok tejto rozpoltenosti vznikla v roku 1948 Komisia pre pôvodné medicínske systémy (Committee on Indigenous Systems of Medicine), ktorej úlohou mala byť integrácia indickej medicíny do oblasti zdravotnej starostlivosti. Postupom času sa navyše tento úrad mal postarať o syntézu všetkých foriem medicíny v Indii. Tento nápad však nebolo možné zrealizovať, a tak sa v roku 1971 rozhodla Centrálna rada pre výskum indickej medicíny a homeopatie (Central Council for Research in Indian Medicine and Homeopathy) vytvoriť podľa vzoru západnej vedy aspoň štandardy vzdelávania a kontrolné mechanizmy praktizovania indickej medicíny. Unifikáciou medicínskeho poznania, ktoré vychádzalo z najstarších literárnych útvarov pojednávajúcich o medicínskej problematike, vznikla moderná podoba ájurvédskej medicíny s historickými koreňmi siahajúcimi do starovekého obdobia (Lal 2004). Zároveň bola zavedená inštitucionalizácia vzdelávania, základný predpoklad k tomu, aby rôzne systémy indickej medicíny ako ájurvéda, juhoindická liečiteľská tradícia siddha či už spomínaná perzsko-arabská medicína júnání-tibb, získali oficiálnu podporu štátu (Smith a Wujastyk 2008; Wujastyk 1993).

V súčasnosti je situácia v oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti v Indii pomerne komplikovaná a praktizovanie domácich foriem medicíny sa ani v priebehu niekoľkých posledných desaťročí nepodarilo úplne unifikovať. Západnej medicíne sa napriek viacerým snahám nepodarilo plne udomáčniť vo vidieckych oblastiach, v ktorých naďalej pôsobí veľké množstvo špecialistov indickej medicíny. Títo vo svojej praxi využívajú aj techniky a postupy, ktoré nie sú súčasťou univerzitného vzdelávania, či dokonca kombinujú do jedného celku viaceré diagnosticko-terapeutické metódy, vrátane západnej medicíny (Langford 2002).

Globálna ájurvéda a súčasný medicínsky pluralizmus

V súvislosti s aktuálnou situáciou okolo indickej medicíny používajú odborníci F. M. Smith a D. Wujastyk (2008) dva termíny: moderná a globálna ájurvéda. Pod modernou ájurvédou rozumejú spomínaný komplex javov, geograficky vymedzených prostredím indického subkontinentu a súvisiacich s kultúrnou obnovou v 19. storočí a s následným procesom profesionalizácie a inštitucionalizácie.

Naproti tomu termín globálna ájurvéda nás odkazuje k medicínskym poznatkom, ktoré sa rozšírili za hranice Indie. Jedna z línií globálnej ájurvédy, ktorá prenikala do západnej Európy a do Spojených štátov práve v čase, keď v Indii dochádzalo k zavádzaniu unifikovaných štruktúr a štandardov vzdelávania na celonárodnej úrovni, súvisí s formovaním hnutia new-age, ktoré vystupuje v opozícii voči hodnotám väčšiny spoločnosti a čisto vedeckému riešeniu sociálnych problémov. Túžba po alternatívnom spôsobe života vyústila aj do zvýšeného záujmu o tzv. orientálnu filozofiu, kultúru a náboženstvo, keďže v dlho tradovaných predstavách sa tento priestor spájal s hodnotami, ktoré boli odlišné od hodnôt prevládajúcich na Západe. V medicínskej oblasti našiel tento trend odozvu v kontexte zvyšujúcej sa nedôvery aj voči technologicky a empiricky orientovanej západnej medicíne. Na túto situáciu sa podarilo nadviazať zakladateľovi hnutia Transcendentálnej meditácie (TM), Mahariši Mahéši Jógimu, ktorý zadefinoval svoje učenie ako proces vedúci myseľ človeka smerom dovnútra k jemnej podstate prirodzenosti. Mahariši sa v prvej etape prenikania indickej medicíny na západ postaral o jej výraznú popularizáciu. V roku 1985 predstavil vo svojom učení jednu z nových podôb globálnej ájurvédy, ktorú nazval Maharišiho ájurvéda a označil ju ako „holistický prístup k životu“ (Maharishi 1988: 113). V priebehu pomerne krátkeho času sa ájurvéda stala stredobodom jeho náuky. Podľa Maharišiho došlo v priebehu vekov k výraznému devalvovaniu indického poznania, vrátane toho medicínskeho, a preto je potrebné pokúsiť sa o spirituálnu obnovu dávnych tradícií v súlade so starovekými indickými textami. Ájurvéda je tak Maharišim a jeho stúpecami prezentovaná ako súčasť hlboko spirituálne založenej védскеj tradície, pričom jej cieľom je nielen liečba fyzických symptómov tela, ale celej multidimenzionálnej bytosti. Mahariši navyše tvrdil, že ájurvéda predstavuje základný stavebný prvok pre všetky medicínske systémy sveta, vrátane starovekej gréckej medicínskej náuky. Mahariši tak postavil úspech svojej metódy na stereotypnej predstave Orientu ako mystického miesta, o ktorý sa výrazným spôsobom pričínala aj západná orientalistika v spolupráci s domácou intelektuálnou elitou, vykresľujúca Indiu romantizujúcim spôsobom.

S nárastom záujmu o ájurvédu súvisí aj neodmysliteľná komercializácia, ktorá sa prejavila pri zakladaní siete kliník, zdravotníckych centier a kozmetických laboratórií po celom svete. V deväťdesiatych rokoch 20. storočia sa na trhu objavil značný počet publikácií venujúcich sa indickej medicíne v interpretácii TM.⁷ Hoci v súčasnosti už existuje popri Maharišiho verzii viacero druhov ájurvédy, ktoré sa snažia nájsť si svoje miesto na medicínskom trhu, skutočnosťou zostáva, že vďaka úsiliu stúpencov TM sa ájurvéda dostala do miliónov domácností na

⁷ Pozri napríklad knihu D. Chopra (2015 [1989]) *Quantum Healing: Exploring the Frontiers of Mind/Body Medicine*.

Západe. Znamená to, že ako jedna z foriem komplementárnej a alternatívnej medicíny sa musí vysporiadať s monopolným postavením biomedicíny a kritickým náhľadom prírodno-empirických vied. Hoci sme v priebehu posledných rokov zaznamenali posun vo vedeckom výskume postupov aplikovaných v rámci ájurvédy (Rastogi 2012) a na medicínskych univerzitných pracoviskách existuje niekoľko príkladov začlenenia indickej medicíny do vzdelávacieho procesu, ako napríklad na londýnskej Middlesex University alebo berlínskej Charité – Universitätsmedizin (Rosenberg 2010), nie je možné tvrdiť, že by táto liečebná metóda v západných krajinách dosahovala signifikantnú mieru celospoločenského uznania a legitimacy. V kontexte dôsledkov vplyvu karteziánskeho dualizmu na skúmanie reality a monopolného postavenia západnej medicíny je táto liečebná metóda stále chápaná ako nezlučiteľná s vedeckými dôkazmi a postupmi *lege artis*. Zaujímavosťou je, že táto forma globálnej ájurvédy bola reimportovaná do Indie na spôsob „wellness turizmu“, ktorý využívajú nielen zahraniční záujemcovia, ale i stále silnejúcejšia stredná trieda v Indii. Klientom sú v novodobých ájurvédskejších centrách formou rôznych zájazdov ponúkané rozsiahle služby zdravotných, skrášľovacích, omladzovacích a odtučňovacích procedúr (Souček 2015).

Zhrnutie obrazu indickej medicíny vo vybraných reprezentáciách

V orientalistickom diskurze pojednávajúcom o indickej medicíne historicky dominujú predovšetkým dve hlavné témy: primitívna povera plná nevedeckých a šarlatánskych praktík, vychádzajúcich z absurdných predpokladov a náboženských predstáv o fungovaní človeka a archaická múdrosť či „dávno stratené poznanie“. Pri hľadaní spôsobu porozumenia koloniálnej histórie indickej medicíny tak zreteľne dominuje perspektíva odvíjajúca sa z dichotomického poňatia Západu a Východu ako dvoch esenciálne odlišných kultúrnych okruhov. Ázia vo všeobecnosti a India vo svojej konkrétnosti predstavovali pre (britskú) orientalistiku limitovaný výlet do vlastnej minulosti, do obdobia „nevinnosti a detskosti“. Orient bol stotožnený s obrazom neznámeho a archaického priestoru, ktorého hodnoty stoja v prísnej opozícii k západnej civilizácii. V závislosti na uhle pohľadu je potom Orient interpretovaný ako marginálna okrajová oblasť čakajúca na pretvorenie alebo ako priestor dávnominulých vznešených a ušľachtilých hodnôt. Na jednej strane sa orientálny priestor javí v západných reprezentáciách ako necivilizovaná a barbarická oblasť plná nevzdelaných a poverčivých ľudí, od ktorých sa racionálne a moderne zmýšľajúci Západ nemá v skutočnosti čo naučiť. V prípade odmietavého postoja k indickej medicíne vstupujú do tohto procesu významným spôsobom aj prírodovedné disciplíny, ktoré svoje odmietavé stanovisko voči tradíciám s odlišným epistemologickým základom podopierajú paradigmatickou optikou pozitivizmu a britská koloniálna politika, ospravedlňujúca svoje mocenské záujmy snahou o modernizáciu indickej spoločnosti.

Na druhej strane sa však prejavuje nostalgia za minulosťou a dávno strateným „zlatým obdobím“ ľudstva. Súvisí to s počiatočným záujmom orientalistov o indicú dávnovkosť, ktorú treba hľadať v európskom romantizme a v nekritickom štúdiu domáceho spôsobu chápania života (Inden 1990; King 1999). Romantický orientalizmus tak vo svojej podstate stavia na obraze Orientu ako brány do vlastnej minulosti a kolísky dávnej tradície, ktorá sa síce postupom času vytratila, ale ostali po nej v starovekých literárnych pamiatkach viaceré dôkazy, vrátane spisov pojednávajúcich o medicínskej problematike. Hoci je tento pohľad motivovaný obdivom a rešpektom k orientálnym tradíciám, nemožno ho vnímať pozitívne. Vykazuje totiž vysokú mieru nepochopenia a reprodukcie kultúrnych stereotypov esencalizácie Východu a Západu v kategóriách ako sú náboženstvo/veda, duchovno/materiálne, telo/myseľ, intuícia/rozum. Je dôležité zdôrazniť, že pod obraz indickej medicíny v koloniálnom období sa nepodpísali len predstavitelia koloniálnej moci, ale i samotné domáce elity, ktoré participovali nielen pri ostrakizácii indickej medicíny, ale aj pri hľadaní koreňov indickej kultúrnosti, čo v konečnom dôsledku viedlo k jej transformácii do modernej podoby. Koloniálne obdobie indickeho subkontinentu výrazným spôsobom ovplyvnilo nielen podobu medicínskeho prostredia v priestore južnej Ázie, ale aj spôsoby jeho súčasnej percepcie v ostatných častiach sveta. Niektoré zo súčasných obrazov indickej medicíny sú tak výsledkom konceptuálneho usporiadania indickej spoločnosti a špecifických procesov interakcie medzi oficiálnymi predstaviteľmi koloniálnej veľmoci a domácou elitou.

BIBLIOGRAFIA

- Ainslie, Whitelaw. 1826. *Materia Indica*. London: Longman, Rees, Orme, and Brown.
- Anshu, Supe A. 2016. „Evolution of Medical Education in India: The Impact of Colonialism.“ *J. Postgrad. Med.* 62 (4): 255–259.
- Arnold, David. 1985. „Medical Priorities and Practice in Nineteenth-Century British India.“ *South Asia Research* 5 (2): 167–186.
- . 1993. *Colonizing the Body: State Medicine and Epidemic Disease in Nineteenth-Century India*. Berkeley: University of California Press.
- . 2004. *The New Cambridge History of India: Science, Technology and Medicine in India*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Brimnes, Neils. 2004. „The Sympathizing Heart and the Healing Hands: Smallpox Prevention and Medical Benevolence in Early Colonial South India.“ In *Colonialism as Civilizing Mission: Cultural Ideology in British India*, eds. Harald Fischer a Tiné M. Mann, 191–204. London: Anthem Press.

- Buckingham, Jane. 2002. *Leprosy in Colonial South India: Medicine and Confinement*. New York: Palgrave.
- Fárek, Martin. 2014. *Indie očima Evropanů*. Praha: Karolinum.
- Haines, Hermann. 1884. *Memorial of the Life and Work of Charles Morehead*. London: WH Allen & Co.
- Harrison, Mark. 1994. *Public Health in British India: Anglo-Indian Preventive Medicine 1859–1914*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Chakrabarti, Pratik. 2014. *Medicine and Empire: 1600–1960*. New York: Palgrave Macmillan.
- Chopra, Deepak. 2015 [1989]. *Quantum Healing: Exploring the Frontiers of Mind/Body Medicine*. New York: Bantam Books.
- Inden, Ronald. 1990. *Imagining India*. Oxford: Basil Blackwell.
- Karásek, Matej. 2012. „Balkán a kolonializmus imaginácie.“ *World Literature Studies* 4 (21): 83–96.
- King, Richard. 1999. *Orientalism and Religion: Postcolonial Theory, India and „the Mystic East“*. London: Routledge.
- Lal, Maneesha. 2004. „‘The Ignorance of Woman is the House of Illness’: Gender, Nationalism, and Health Reform in Colonial North India.“ In *Medicine and Colonial Identity*, eds. Bridie Andrews a Mary P. Sutphen, 14–40. New York: Routledge.
- Langford, Jean. 2002. *Fluent Bodies: Ayurvedic Remedies for Postcolonial Imbalance*. Durham: Duke University Press.
- Maharishi. 1988. *World Assembly on Vedic Science: Life Supported by Natural Law*. Lectures by His Holiness Maharishi Mahesh Yogi. Fairfield: Maharishi International University Press.
- Martin, J. R. 1838. *Proceedings of the Governors of the Native Hospital Relative to the Establishment of a Fever Hospital*. Calcutta.
- Meulenbeld, Gerrit Jan. 1984. „The Surveying of Sanskrit Medical Literature.“ In *Proceedings of International Workshop on Priorities in the Study of Indian Medicine*, ed. Gerrit Jan Meulenbeld, 37–56. Groningen: University of Groningen.
- Patterson, T. J. S. 2001. „The Relationship of Indian and European Practitioners of Medicine from the Sixteenth Century.“ In *Studies on Indian Medical History*, eds. Gerrit Jan Meulenbeld a Dominik Wujastyk, 111–120. Delhi: Motilal Banarsidass.
- Pennington, Brian. 2005. *Was Hinduism Invented? Britons, Indians, and the Colonial Construction of Religion*. Oxford: Oxford University Press.
- Rastogi, Sanjeev, ed. 2012. *Evidence-Based Practice in Complementary and Alternative Medicine: Perspectives, Protocols, Problems and Potential in Ayurved*. Hiedelberg: Springer.
- Rosenberg, Mark. 2010. „The Rosenberg European Academy of Ayurveda – Quality

- in Ayurvedic Education in German-Speaking Europe.“ *Journal of Ayurveda and Integrative Medicine* 1 (4): 292–296.
- Roy, K. K. 1974. „Early Relations between the British and Indian Medical Systems.“ In *Proceedings of the XXIII International Congress of the History of Medicine*, 697–703. London: Wellcome Institute of the History of Medicine.
- Said, Edward W. 1978. *Orientalism: Western Conception of the Orient*. New York: Vintage Books.
- Sen, Samita, a Anirban Das. 2011. „A History of the Calcutta Medical College and Hospital, 1835–1936.“ In *History of Science, Philosophy and Culture in Indian Civilisation*. Volume XV, Part 4. Science and Modern India: An Institutional History, c. 1784–1947, ed. Gupta Uma Das, 477–522. Delhi: Pearson.
- Sharma, Madhuri. 2012. *Indigenous and Western Medicine in Colonial India*. New Delhi: Cambridge University Press India.
- Souček, Ivan. 2015. „New Age Ájurvéda‘ a globalizácia indickej medicíny.“ In *Po-doby globalizácie v Oriente*, eds. Martina Bucková a Gabriel Pirický, 80–91. Bratislava: Slovenská orientalistická spoločnosť pri Slovenskej akadémii vied.
- Smith, Frederick M., a Dagmar Wujastyk. 2008. „Introduction.“ In *Modern and Global Ayurveda: Pluralism and Paradigms*. New York: Suny Press.
- Watts, Sheldon. 2003. *Disease and Medicine in World History*. New York: Routledge.
- Wujastyk, Dominik. 1993. „Indian medicine.“ In *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, eds. Willam F. Bynum a Roy Porter, 755–782. New York: Routledge.

Ivan Souček

ivan.soucek@umb.sk

Katedra sociálnych štúdií a etnológie
Filozofická fakulta
Univerzita Mateja Bela v Banskej Bystrici
<http://www.ff.umb.sk>

Dělání ájurvédských těl

Alžběta Wolfová

Abstract: In this paper, I discuss the practice of Ayurveda in the Czech Republic. Building upon ethnographic data acquired during participant observations and semi-structured interviews with Ayurveda students I examine and question non-curative effects of Ayurveda practice. I argue that Ayurveda changes self-understanding and everyday life of people who practice it. Moreover, these changes may persist even after the health issue disappear. Following the practitioners' reflections on how Ayurveda has influenced their life, I look at new ways of perceiving, experiencing and handling their bodies. It has been argued that the practice of complementary and alternative medicine (CAM) brings both, bodily awareness and bodily mastery to people, which are perceived as beneficial. I explore how different ways of bodily awareness emerge through recognizing interconnections among different parts of the body (formerly perceived as quite independent) as well as among body and its surrounding socio-natural environment. I discuss how the newly emerged interconnections give an agency to formerly passive objects. More importantly I explore, how this holism of Ayurveda, this approach to body as a complex body-mind system, as a part of a wider socio-natural environment, affects the everyday practice of the people who attempt to live according to it. What kind of dilemmas do these new ways of enacting body produce? How the experience of the body which is strongly dependent dis/enable self-control?

Keywords: Ayurveda, CAM, awareness, articulation, control, technologies of the self

Úvod

Je čtvrt na devět. Už?! Zas jsem zaspala tu dobu, kdy bych měla podle ájurvédy vstávat. Jdu do koupelny za spolubydlicí. Osočí mě: „já už se z tý tvý ájurvédy zblázním, teď ještě abych si k tomu všemu hlídala, jestli mám správnou barvu jazyka“. Propláchnu si nos tak, že slanou vodu nasaju nosem a pak vyplivnu. Ááááh. Volně se nadechnu. Jdu si zaběhat. Běžím v klidu. Vnímám své tělo. „Jen do vyrašení potu na čele,“ radili mi ve škole ájurvédy. Vyběhnu kopec. Začíná ze mě lejt. Buší mi srdce. Zastavím a protáhnu se. Znovu vyrážím. Zlehka, cestou na hranici mezi polem a sadem. Zavírám za sebou dveře od baráku. Mám chuť něco dělat. (Dřív bych byla vyždímaná a musela si odpočinout.) Uvařím si kaši. V hmoždíři rozdrtím kardamom, skořici a hřebíček. Přidám to tam. Mělo by to odlehčit těžký mlíko s ovocem a napomocť

jejich trávení. Stejně mi hlavou bleskne: „zrovna, co si rozdělala oheň, budeš ho hasit“? No jo, mastný a mokrá bych ráno prý neměla. Jdu si vyčistit zuby. Na bradě mám nějaký pupínky. Hm... zvýšená horkost: ostrý, kyselý. Nechápu. Včera jsem nic pálivého neměla a vína jsem se ani nedotkla. Jedu do kanceláře. Práce. Oběd. Práce. Začne mě bolet břicho. Že by špatná kombinace potravin k obědu? Čas oběda? Bylo to už moc pozdě? Dám si lžičku *haritaki* [ájurvédská medicína na podporu trávení]. Za chvíli tlak v břiše přejde. Mám hlad. Je pět, to se hodí. Najím se, dokud mi funguje trávicí oheň. Pracuju. Dám si kafe. Srdce mi buší. Mám svíravý pocit v břiše. To budou křeče v žaludku. V tuhle dobu bych asi kafe pít neměla. Hmm, sevření, stažení... Zrychlilo metabolismus a teď trávím naprázdno? Setmí se. V deset vyřáším domů. Zase jsem prošvihla tu prý nejlepší dobu na usínání. Já ale prostě nejsem schopná fungovat v rytmu přírody. Vlastně se o to ani nijak zvlášť nesnažím. Většinou nedělám to, co je pro mě zrovna dle ájurvédy vhodné a mívám pochyby, jestli si tím (nenásledováním ájurvédy) přeci jen nemohu nějak ublížit. (auto-etnografické poznámky, 1.–20. 5. 2017)

Již čtvrtým rokem provádím etnografický výzkum ájurvédy.¹ Sleduji, jak vypadá v každodenní praxi lidí, kteří ji studují, ale současně se jí léčí, nebo dokonce i žijí. Studium *ájurvédy*,² podobně jako studium či praktikování různých tzv. komplexnějších a alternativních medicín (KAM),³ nabízí osvojení alternativních

¹ Článek vznikl za podpory Grantové agentury Univerzity Karlovy (projekt č. 1220217) a Specifického vysokoškolského výzkumu (projekt č. 260 470 03). Ráda bych poděkovala Hedvice Novotné, Daně Bittnerové a oběma recenzentům za velmi konstruktivní připomínky, které mi k tomuto textu poskytli.

² Pojmem ájurvéda bývá obvykle označována jedna z tradičních medicín, jež vznikla na území indického subkontinentu zřejmě před více než dvěma tisíci lety. Sanskrtský výraz *Āyurvedaḥ* (I.A.S.T.), znamenající v doslovném překladu „věda o dlouhověkosti“ či „věda o životě“, dnes funguje na globální úrovni jako značka, pod kterou se skrývá množství různorodých věcí od odvětví wellness průmyslu, přes rozsáhlou obchodní síť s léčivý, až po terapeutické a konzultační praktiky. Ty pak zahrnují zejména doporučení týkající se úpravy jídelníčku, pohybových aktivit či denního režimu, ale stejně tak mohou zasahovat i další oblasti života, jako jsou např. partnerské vztahy. V předkládaném článku odkazuje v analytické části slovo ájurvéda ke konkrétním podobám ájurvédy, které jsem měla možnost zkoumat, nikoli k ájurvédě obecně. Sanskrtské pojmy přepisují stejným způsobem, jak se to činí v mém terénu – tzn. přizpůsobení fonetickému systému českého jazyka, např. „ájurvéda“ namísto „*Āyurvedaḥ*“ (Rajpoot, Šorf a Vančura 2016).

³ KAM (CAM) je zkratka pro souborné označení velmi heterogenní skupiny nekonvenčních medicín, nejčastěji tedy těch medicínských přístupů a praktik, které nejsou součástí veřejného zdravotnického systému. V západním prostředí se pod tímto označením skrývají všechny léčebné praktiky a systémy kromě moderní vědecké medicíny,

výkladů vlastní, nejen tělesné, zkušenosti (Nissen 2013: 61). Spolu s tím pak praktikování ájurvédy může zprostředkovávat jistý pocit posílení pramenící ze vzniklé schopnosti sebekontroly (Sointu 2006: 493).

Výzkum něčeho jako je ájurvéda obnáší i nutnost zakoušení jejích výkladů fungování těla na sobě sama. Proto článek uvádí auto-etnografická poznámka, jež ilustruje každodennost začleňování ájurvédy do vlastního života, protkané různými dimenzemi tlaku na sebekontrolu. Otázka nabytí schopnosti sebekontroly se může týkat např. ovládání vlastního těla při fyzické aktivitě, jako je běh či konzumace jídla. Jak je ukázáno v úvodní citaci, při běhu je možné tělesné pocity (dle ájurvédy správně) vnímat a pohyb jim přizpůsobit – tedy ho vědomě kontrolovat či běhat nezávisle na nich. Efekt kontrolovaného běhání je jiný, nejen co se týká množství vyprodukované energie (a tím i schopnosti souvisle pokračovat v dalších denních aktivitách), ale především pocitu ze sebe sama. Otázka je, zda je vždy taková sebekontrola možná, zejména když do těla zasahuje množství okolních vlivů. Ájurvéda má totiž holistický charakter. Kromě toho, že zdůrazňuje provázanost tělesných orgánů, tematizuje i závislost jedince na jeho okolním prostředí. Tím však zároveň rozpíjí hranice individuálního těla, které jsou následovně obnažené a vystavené působení okolních prvků. Tak může například příliš brzké či pozdní obědvání způsobit bolest břicha, jak popisuje úvodní citace.

Literatura věnovaná komplementárním a alternativním medicínám se často zaměřuje na to, jakým způsobem tyto praktiky přispívají k většímu pocitu pohody klientů. Diskutuje, že kromě samotné léčby (nikoli vždy vyléčení) nalézají lidé v těchto nových způsobech zacházení se zdravím další benefity, které jim konvenční medicína není schopná poskytnout (Baarts a Pedersen 2009). Zajímavé je, že to jsou často benefity, které umožňují naplnit široce sdílené společenské ideály, jako je např. individuální soběstačnost. Hovoří se tak o tom, jak nekonvenčně medicínská terapie zprostředkovává klientům rozpoznání⁴ jejich zdravotního problému (Sointu 2006) i vlastní subjektivity (srov. Grüenberg et al. 2013; Nissen 2013), tedy uvědomění si⁵ vlastního těla (Baarts a Pedersen 2009). Díky tomu jsou pak sami schopni své tělo i sebe sama lépe ovládat (srov. Grüenberg et al. 2013; Sointu 2006), což jim moderní doba odpírá (Křížová 2015: 115). V tomto textu se připojuji k tradici zkoumání toho, co nekonvenční holistická medicína s lidmi dělá.

tedy i ájurvéda. V textu přejímám českou verzi mezinárodní zkratky CAM (Complementary and Alternative Medicine), jak ji používají Jaroslav Klepal a Tereza Stöckelová (2016). Více k problematice statusu ájurvédy ve vztahu ke KAM či konvenční medicíně viz Alter (2005), Kessler et al. (2013), Saks (2008) a Warrier (2011).

⁴ V originále „recognition“ (Nissen 2013). České překlady použité v tomto textu jsou autorčinými vlastními překlady anglických termínů.

⁵ V originále „awareness“ (Baarts a Pedersen 2009).

Na příkladu ájurvédy se zaměřuji na to, jak lidé, kteří ji praktikují,⁶ proměňují svá těla v těla ájurvédská, i na to, jaká dilemata tento proces přináší. Na základě reflexí osob praktikujících ájurvédu tak otevírám otázky o hranicích těla, jeho nezávislosti a koherenci.

V předkládaném textu nejprve popisují, jak vypadá ájurvédská praxe na individuální úrovni, přičemž se zaměřuji na proměny vnímání těla, jeho zažívání a zacházení s ním. Argumentuji, že praktikování ájurvédy zásadně proměňuje způsob, kterým se jedinci vztahují k vlastnímu tělu/já, ale i okolnímu prostředí a dalším entitám, což v důsledku přetváří povahu těla i těchto entit. Skrze reflexe zkušeností praktikujících osob diskutuji problematiku ne/možnosti sebekontroly a sebeovládnutí jako možného důsledku ájurvédské re-konceptualizace a proměny vlastních (tělesných) praktik.

Metody, terén a účastníci výzkumu

Centrálním terénem výzkumu pro mě po většinu času byly dvě školy ájurvédy.⁷ Obě z nich přitom fungují přes deset let a dosud představovaly v českém prostředí jedinou možnost dlouhodobého strukturovaného vzdělání v oblasti teorie i praxe ájurvédy.⁸ V rámci výzkumu jsem sama absolvovala studium v obou školách, což mně usnadnilo přístup k lidem, kteří se o ájurvédu zajímají. Měla jsem možnost být s většinou těchto lidí od začátku jejich studia. Můj kontakt s nimi začal roku 2013, odkdy sleduji, jak se jejich vztah k ájurvédě i způsoby, kterými ji praktikují, proměňují. Spolu s tím mi tato pozice otevřela možnost zkoušet si ájurvédu „na

⁶ Lidé praktikující ájurvédu dlouhodobě, ať už na úrovni myšlení nebo těla, v rámci sebe-léčby nebo konzultační praxe. Nejedná se tedy o osoby, které s ájurvédou po dokončení doporučené terapie přestanou.

⁷ V současné době dokončuji výzkum již mimo školy, v rámci individuálních setkání s informanty i sama sebereflexí.

⁸ Jedná se o pražskou nyní již „Ájurvédskou univerzitu“ Dhanvantri (http://ajur.cz/cs_CZ/ajur-skola), vedenou Govindem Rajpootem, jenž se dle vlastního tvrzení učil ájurvédě tradičním způsobem (z učitele na žáka) v rodné Indii. Druhou školu, která funguje v současné době v Poděbradech, vede Pavol Hložka (<http://ajurveda.sweb.cz>), bývalý student Govinda Rajpoota, a množství zahraničních lektorů, kteří v České republice přednášeli. Kromě těchto dvou škol zde ale existuje množství vzdělávacích center a jednotlivých lektorů, pořádajících nárazové kurzy ájurvédy, zaměřené na konkrétní oblast (základní principy, vaření, diagnostika ad.). Zřejmě nejznámějšími popularizátory ájurvédy v českém prostředí jsou pak dva lékaři David Frej (<http://dr.frej.cz>) a Martina Zisková (<http://www.drmartina.cz/>). Zatímco David Frej se již ájurvédkému vzdělávání nevěnuje, Martina Zisková otevřela v září 2017 nový tříletý vzdělávací program (<http://www.ajurvedskagurukula.cz>). Oproti kontextu terénu škol, jehož zveřejnění je vyjednané, ostatní data anonymizuji, pokud si aktéři výslovně nepřáli opak.

vlastní kůži“. Vlastní zkušenost mi zpřístupňuje porozumění tématům, které studenti v hodinách i ve volném čase probírají a zároveň mi umožňuje prohloubit vhled do oblastí, ke kterým mám prostřednictvím etnografie omezený přístup, jako je např. fyzická zkušenost. Má pozice ve vztahu ke zkoumanému tématu je tak na pomezí zúčastněného pozorovatele a pozorujícího účastníka. Zároveň po vzoru Eduarda Viveira de Castra (2004: 5) beru aktérské (ájurvédské) konceptualizace světa vážně v tom smyslu, že je nechávám, aby do nějaké míry proměnily ty mé.⁹

Vzorek výzkumu tvoří zhruba čtyřicet lidí zejména z České republiky, ale také ze Slovenska, přičemž více než polovina z nich jsou ženy. Účastníci mého výzkumu podnikají v oblasti kultury, financí, mají vlastní ájurvédskou konzultační či terapeutickou praxi (ač tomu tak u většiny z nich nebylo v době, kdy jsem se s nimi seznámila), masírují a jsou zaměstnání v různých odvětvích (od pohostinství až po sféru státního zdravotnického systému). Z hlediska dosaženého vzdělání a socio-ekonomického statusu je vzorek značně heterogenní. Ve vztahu k většině literatury o KAM, se kterou v tomto textu pracuji, je specifický tím, že jej tvoří lidé, kteří ájurvědu soustavně studovali minimálně rok. Ti se od „běžných“ klientů, kterým se věnuje většina studií, liší tím, že k praktikování ájurvědy často nepotřebují konzultaci s terapeutem, ale spoléhají již na vlastní znalosti.

V tomto článku vycházím primárně ze zúčastněných pozorování přednášek a seminářů ájurvédské teorie a terapeutických technik, neformálních setkání s jednotlivci i v rámci větších skupin, sedmnácti polo-strukturovaných rozhovorů, dvou skupinových rozhovorů a z auto-etnografie (Ellis 2004). Kromě těch skupinových jsem rozhovory realizovala v délce od jedné do tří a půl hodin, převážně s jednotlivci, výjimečně i s dvojicemi kolegů či partnerů. U poloviny rozhovorů jsem měla možnost strávit s informanty minimálně jeden den a nahlédnout do jejich domácností i práce. Přestože zde stavím na datech, jež jsem vytvořila v rámci celého dosavadního výzkumu, explicitně pracuji s příběhy třech lidí, včetně mého vlastního. Úryvky rozhovorů slouží jako modelové a ilustrativní příklady typické reflexe způsobů dělání¹⁰ ájurvédských těl, které jsem na základě dat definovala. Auto-etnografické poznámky používám všude tam, kam mi data z rozhovorů a zúčastněných pozorování nedovolila vstoupit. Tedy zejména u popisů konkrétního prožívání a vnímání vlastního těla.

⁹ Ájurvédské koncepty mě také zčásti vedly v analýze, jakkoli jsem pro ně nacházela oporu i v literatuře. Zároveň také vyjednávám s informanty vlastní interpretace, vč. konzultace jejich psané podoby.

¹⁰ Termín „dělání“ (těl) zde užívám po vzoru Konopáskova překladu textu Mol a Lawa (2003; 2004), kteří vymezují „dělání“ jako odlišný způsob pojetí těla vůči tělu-objektu, který máme, a tělu-subjektu, kterým jsme, když upozorňují na třetí rovinu těla, které aktivně vytváříme prostřednictvím různých praktik.

Výzkumy ájurvédy a analytická východiska textu

Hlavním tématem sociálněvědních studií ájurvédy zůstává její vymezení. Vysvětlit to lze jednak tradiční antropologickou orientací na „druhé“ a s ní spojenou jistou úzkostí z mizení tradičních forem medicín, ale i vysokou rozmanitostí podob ájurvédských praktik. Ty se pohybují od téměř exaktní vědy (srov. Waldram 2000) až k formám sebepoznání či světónáborů (Warrier 2011: 85). Napříč literaturou nalezneme poměrně malé množství prací zaměřených na to, jak se proměňuje zkušenost lidí, kteří ji praktikují. Mezi ty, které se tohoto tématu dotýkají, patří výzkumy Mayi Warrier (2009; 2011), věnující se rozdílům toho, jak k ájurvédě přistupují její britští a indiští studenti. Warrier (2009) vychází zejména z rozhovorů, když píše o praktikování ájurvédy ve Velké Británii jako duchovní cesty, což interpretuje jako důsledek vymezování se studentů vůči odosobněné biomedicině a detradicionalizovanému přístupu k lidskému zdraví a životu. Dále to jsou Robert Frank a Gunnar Stollberg (2002), kteří řeší, jak jsou lidé v Německu motivováni pro studium a praktikování ájurvédy, přičemž se zaměřují na způsoby konstrukce důvěry v ájurvédu. Carolyn Nordstrom (1989) zase diskutuje, jak je ájurvéda zakořeněná ve výkladových schématech rozumění sobě sama i svému okolí na Srí Lance. Citované studie nicméně vycházejí z poměrně abstraktních výroků informantů o jejich propojování s kosmem apod. (Warrier 2009) nebo se zaměřují výlučně na léčbu zdravotních problémů (Frank a Stollberg 2002; Stollberg 2005). Nevěnují se tomu, jak se konkrétně proměňuje zkušenost lidí v rámci léčebných a propojovacích praktik. Přestože se shodují na tezi, že ájurvéda napomáhá klientům i praktikujícím k nabytí sebekontroly a v důsledku toho k jisté emancipaci, tematizují tento jev zejména ve vztahu k biomedicínské praxi či materialisticky zaměřené západní společnosti (Frank a Stollberg 2002; 2004; Stollberg 2005; Warrier 2009; 2011). Ačkoliv jsou tyto práce bohaté na empirické závěry, co se týká jejich teoretického obsahu, zaměřují se téměř výlučně na vymezení ájurvédy ve vztahu k biomedicině či naukám New Age.¹¹

V tomto kontextu je v předkládaném článku ájurvéda ve vztahu k výše citovaným pracím, jež se zaměřují na její definování, spíše terénem nežli tématem. Ájurvéda zde představuje jeden ze způsobů uvažování a zacházení s vlastním tělem. Mým záměrem je představit, co na úrovni individuálních praxí znamená ájurvédské zažívání těla a zacházení s ním. Analyticky vycházím především z antropolo-

¹¹ „New Age“ je jednou z forem soudobé detradicionalizované religiozity, která „kombinuje náboženské prvky z různých kultur světa a pokouší se o syntézu s oblastmi společnosti, které jsou tradičně chápány jako nenáboženské“ (Vrzal 2011: 55), jako je například medicína. Kostrou filosofie New Age je pak sebekontrola a odpovědnost a mezi hlavní cíle těchto praktik patří dosažení rovnováhy, harmonie a schopnost sebeléčby (Reddy 2002: 104–105).

gických prací o KAM, které se zaměřují na neléčebné efekty těchto praktik, stejně jako z článků z oblasti studií vědy a technologií (STS). Analyzují, jak může vypadat holismus, tedy pojetí těla jako celku i jeho provázanost s okolím, v praxi, čímž chci přispět k diskuzi o praktikování KAM jako nástroje sebekontroly a ovládnutí vlastního těla (Baarts a Pedersen 2009; Beck, Giddens a Lash 1994; Hughes 2015; Křížová 2015; Sointu 2006). Především je ale text příspěvkem do teoretické debaty o možnostech *dělání* těla (Latour 2004; Mol a Law 2004).

Mezi klientem a praktikujícím: když se léčení přelévá do každodenní praxe

Pro některé praktikující je ájurvéda

životní cesta... v souladu... s přírodou a s vesmírem. Za pomoci různých metod ať jsou to byliny, vaření stravy nebo pochopení principu, elementů, zařazení, vlastně... pochopení elementů a zařazení vyrovnávacích technik do běžného života. (rozhovor s Láďou, 16. 5. 2017)

Ájurvéda se v životě lidí, kteří jí praktikují, „neobjevuje“ pouze, jsou-li nemocní, a „nemizí“ po jejich uzdravení. Léčba v ájurvédě totiž často zahrnuje aktivní proměnu denního režimu, stravovacích návyků i dalších způsobů zacházení s tělem a myšlením.

Po čtyřech letech výzkumu se ájurvéda usadila v mé každodennosti. Bez očisty nosních dutin bych jako alergik v pylové sezóně nemohla vůbec běhat, a přitom bez vnímání potřeb svého těla bych po běhání nemohla zbytek dne normálně pracovat. Naopak, třetinu dne bych trávila odpočinkem, jako dříve. Abych se vyhnula bolestem břicha i únavě, většinou se snažím jíst v době, kdy by mi to podle ájurvédy mělo nejlépe trávit. (auto-etnografické poznámky, 20. 5. 2017)

Jak výše uvedená citace ukazuje, jedná se z velké části o jakousi formu sebeléčby, kdy si člověk sám svůj stav „vyladuje“. Vyladování začíná proměnou chápání např. toho, co je tělo a jak funguje, co je potravin a co lék, což ovlivňuje nejen způsob zakoušení vlastního těla, zdraví, jídla či okolí, ale i manipulaci s nimi. Člověk se tak často stává samozvaným odborníkem a sám sobě terapeutem. To je také to, co odlišuje zkoumanou ájurvédou od jiných KAM, jejichž efekty sice lidé pociťují i mimo, ale samotná léčba probíhá především v rámci terapeutických setkání (srov. Baarts a Pedersen 2009; Grünenberg et al. 2013; Nissen 2013; Sointu 2006). Praktikující lidé jsou totiž více či méně ponořeni do procesu poznávání. Jak toto poznávání vypadá, ilustruje následující úryvek z výzkumu:

Už je skoro dvanáct, sedíme v hale v tureckých sedech u nízkých dřevěných stolků. Náš učitel Govind se do pléna ptá, jaký je rozdíl mezi poznáním a vymýšlením. Ostatní hlásí, že poznání prý existuje, zatímco vymýšlení ne. Bára

dodává, že poznání vzniká skrze zkušenost. Dana na to ale, že poznání je to, co přijmu, nejen to, čemu rozumím, ale co se stane mou součástí... Když skončí přednáška, vyvalíme se hladoví na zahradu, kde se z velkých nerezových hrnců začíná rozdávat oběd. Dana si z kuchyně přinese vodu s citronem, do který si nasype nějaké prášek. Prej směs zázvoru, *haritaki* a černý soli na trávení... (terénní poznámky, 4. 5. 2014)

Ve škole ájurvédy se studenti učí o tom, co ájurvéda je, k čemu slouží a jak mohou nabýt konkrétního vědění a dovedností prostřednictvím porozumění ájurvédské filosofii. To znamená, že se naučí, jak ji aplikovat skrze zacházení s vlastní myslí, stravu, dechová cvičení a užívání bylin. I proto charakterizují proces osvojování ájurvédy po vzoru Elisabeth Hsu (1999: 4–5), která zkoumá předávání tradiční čínské medicíny jako „poznávání“. Poznávání staví Hsu do protikladu k „logické dedukci“ a „diskurzu“, jež odkazují k verbální interakci, zatímco poznávání v sobě navíc zahrnuje nonverbální aspekty sociálních interakcí prostřednictvím intelektu, pocitů, intuice a tělesných praktik.

V tomto textu tedy popisovaná zkušenost praktikujících neodvisí od toho, co se děje v terapeutické interakci, jak je tomu např. ve studii kineziologické praxe (Grünenberg et al. 2013). Nelze ani říci, že tito lidé „jen“ adoptují a vtělují koncepty svých terapeutů jako ve výzkumu Niny Nissen (2013: 85). Naopak, podobně jako je tomu např. u klientů „mindfulness therapy“ (Baarts a Pedersen 2009), je zde proces léčby a prevence takřka plně pod taktovkou samotných „uživatelů“. Ve výzkumu Eevy Sointu (2006: 509) KAM terapie zpřístupňuje klientům rozpoznání vlastních problémů a subjektivit prostřednictvím toho, že jim terapeuti naslouchají a utvrzují je v relevanci pocíťovaných potíží. V rozpoznání vlastních potíží pak hrají klíčovou roli samotní praktikující.

Dělání ájurvédských těl

Uvnitř a vně těla

Láda pracuje již více než deset let jako lektor jógy, masér a ájurvédský konzultant. Je mu přes čtyřicet a má malé dítě. Za svůj život vystřídal již několik učitelů ájurvédy a jeho byt je ájurvédou téměř nasycený ve formě knihoven plných literatury, kuchyňských políček přetékaných ájurvédskými bylinami, kořením a koupelny vybavené pomůckami na očištné techniky. Láda tvrdí, že díky ájurvédě nebyl již deset let nemocný. Říká:

Díky ajurvédě u sebe umím rozpoznat výkyvy v rovnováze... a včas je začít řešit... třeba cítím, že mám někde suchou kůži, tak... začnu promaštovat, a tak dám do jídla malinko víc tuku, ořechů... (rozhovor, 17. 5. 2017)

Láda řeší suchost kůže nejen tím, že jí namaže, ale i tím, že si obohatí stravu větším množstvím tuku nebo tučnějšími potravinami. Podobně si po několika

prvních seminářích v ájurvédské škole začalo množství zarytých odpůrců tučných jídel mazat pravidelně tělo olejem a ve srovnání s předchozí praxí do jídel přidávat několikanásobné množství tuku (s cílem zbavit se vysychání v těle, ať už se jim projevovalo zácpou, dlouhodobým přerušením menstruačního cyklu nebo lámavými nehty).¹² Oproti převládajícímu přesvědčení o fungování těla, pramenícího ze západní dualistické epistemologie,¹³ kdy se problémy řeší v místě projevu symptomů, se v ájurvédě řeší vnitřní problém i zevně. Potíží, jež jsou viditelné na kůži, se tak zbavují praktikující i zevnitř. V ájurvédské praxi tedy dochází k propojení vnější a vnitřní části těla.

Tělo a mysl

V ájurvédě dochází i k dalším propojením v rámci tělesných hranic. Tím nejvýznamnějším je asi propojení fyzického těla s myslí. Dana mi povídá o tom, jak používá jeden z ájurvédských bylinných čajů:

Udělám si ho tři dny za sebou ten hrnek, když je mi těžko, a to nejenom jako na žaludku. I jako mentálně bych řekla... najednou jako kdyby mě to... jako kdyby věci který jsou na sebe namačkaný tak jenom získaly víc prostoru. (rozhovor, 23. 11. 2016)

Dana popisuje, jak jí je stejně „těžko“ fyzicky a mentálně. Propojuje zde tedy materiální tělo s myslí. Když má nějaký problém, může se projevit stejně v těle mentálním jako v tom fyzickém. Tento vztah formulují někteří praktikující velmi explicitně, například: „Čo si praješ, to máš... teraz si dávam pozor aj na slová...“ (rozhovor s Vladem, duben 2017) Podobně, jako se vnějšek a vnitřek těla stávají jednou soustavou, stává se tak i mentální a fyzické tělo jedním. Rozpoznání potíže (srov. Sointu 2006: 509) je zde vázáno na poznávání těla a mysli jako holistického celku mysli a těla. Těla, jehož všechny části jsou ve vztahu vzájemné závislosti, nefungují samostatně, a proto ani nemá smysl řešit jednotlivé symptomy jako oddělené. Tím v praxi dochází k objevení těla a jeho ustavení jako provázaného celku.

Oproti Láďovi nemluví Dana o tom, že by po setkání s ájurvédou nebyla už nikdy nemocná a uměla se zbavit každého zdravotního problému, ale něco se u ní přeci jen změnilo. Tuto změnu popisuje jako jistý pocit:

Mnohem víc vnímám to tělo, vnímám zažívání, myslím si, že jsem si hodně pomohla právě nějakým bylinám, co jsem si tak jako míchala, s trávením.

¹² Podle ájurvédy se stejný problém projevuje většinou různě, v závislosti na tom, jaká místa v těle jsou oslabená. Většinou se ale jako první projevují potíže s trávením a na kůži.

¹³ Dualistická epistemologie staví fyzické tělo a mysl do protikladu, podobně jako kulturu a přírodu, jednotlivce a společnost či prostor uvnitř a venku.

Měla jsem hodně špatný trávení. To si pamatuju ty pocity těžkosti... Vnímám, že třeba když sním nějaký smažený maso, tak se mi špatně tráví... Je mi z toho vždycky těžko. Jako hodně. A v minulosti jsem to jedla poměrně dost a měla jsem pocit, že to je TO jídlo... Já jsem měla pocit, že jsem se přejedla. Jo, že jsem se prostě přejedla. Pak jsem začala chápat, že je to kombinací těch jídel... nějak jsem jako začala víc řešit, co do sebe dávám. (rozhovor, 23. 11. 2016)

Dana, které je také něco přes čtyřicet a většinu života pracovala na vysokých pozicích v oblasti marketingu, je jedna z těch, kteří ájurvédu nijak nepropagují, neživí se jí, ani jí nepřisuzují velké zásluhy, co se osobního rozvoje a životních úspěchů týká. Přesto hovoří o proměně ve vnímání vlastního těla. Už dříve poznala, když nebylo v jejím těle něco úplně v pořádku. Podobně jako Láda prostřednictvím poznávání dnes dokáže přesněji určit, co je to za problém a co ho způsobilo. Člověk ájurvédskou praxí získává lepší schopnost vnímání, tedy i větší aktérství tím, že se těsněji propojuje s myslí. Dalo by se říci, že se absenční tělo (Leder, citováno podle Baarts a Pedersen 2009: 723)¹⁴ stává přítomné, čitelné a aktivní ve smyslu vnímání (např. vnímání trávení).

Soustava těla a mysli s dalšími entitami a okolním prostředím

Tělo není jediná věc, která v ájurvédě získává jistý jednající potenciál. Jídlo, které dříve Dana vnímala jako pasivní předmět, jehož efekt na tělo se mění pouze v závislosti na množství, které sní, je nyní obdařeno vlastními schopnostmi působení. Různé množství, různá příprava a různé kombinace jídel reagují s jejím tělem různě. Jídlo tak aktivně ovlivňuje, jak se Dana cítí. Mohli bychom proto říci, že zde dochází nejen k uvědomění těla ve smyslu vnímání (např. trávení), ale i uvědomování jídla ve smyslu množství způsobů jeho reagování s tělem.

Dana: S věkem mi stoupá *váta*.¹⁵

Alžběta: Jak konkrétně?

Dana: Vysycháním. Vlasy... jsou to ty různé stresy... moje vlasy a všechno. Je to na tom vidět... protože to je ta chladnost a projevuje se to zdravotně třeba

¹⁴ Baarts a Pedersen staví ve svém textu na tezi, že pokud se nám nic neděje, bereme své tělo jako samozřejmé, ignorujeme ho. Praxe KAM pak umožňují zpřítomnění absenčního těla (Leder, citováno podle Baarts a Pedersen 2009: 723).

¹⁵ *Váta* je diagnostická kategorie označující soubor vlastností jako je suchá, studená, drsná či rychlá. Když je *váta* v těle zvednutá, dochází zpravidla k nadměrnému vysušování, což se může projevit, jak lámavými nehty, suchými vlasy, zácpou, tak při dlouhodobému neřešení této situace i např. vysycháním vazivových tkání kloubů a svalových úponů, což západní medicína označuje např. jako artrózu či zamrzlé rameno.

tak, že jakmile jsem někde v nějakým průvanu... tak to strašně rychle cejtím, a snadno tím onemocním. Naučila jsem se určitý místa fakt skrejvat, no. Víc se vnímám, mnohem víc se vnímám... Vnímám se, co dělám... (rozhovor, 23. 11. 2016)

Dana reflektuje, že čas a prostor jsou další faktory, které ovlivňují její zdraví. Cítí, jak aspekty vnějšího prostředí zasahují do jejího těla. V procesu poznávání tak dochází kromě propojení částí těla a propojení celé této soustavy s dalšími entitami (jako je jídlo) i k propojení s okolním prostředím.

Uvědomění, rozpoznání, artikulace a propojování

Ve svém článku Charlotte Baarts a Inge Kryger Pedersen (2009) hovoří o tom, jaký přínos má pro pacienty léčba různými alternativně medicínskými metodami. Uzdravení nebo úleva od bolesti překvapivě nejsou hlavními důvody, které účastníky jejich výzkumu přesvědčily o významu těchto metod. Jako přínosnější shledávají jiné věci, tedy jakési „odvozené benefity“. Mezi tyto benefity patří kromě ovládnutí těla,¹⁶ primárně jeho uvědomění,¹⁷ které autorky tematizují prostřednictvím fenomenologické analýzy „aktivního těla“ (ibid.: 720).¹⁸ Odkazují se přitom na fenomenologickou analýzu absenčního těla (Leder, citováno podle Baarts a Pedersen 2009: 723–724). Ta ukazuje, jak se tělo ve stavu zdraví odcizuje od *já* tím, že je bráno za samozřejmost. Bolest ho naopak zpřítomňuje a nutí jedince tělo vědomě manipulovat.

Úvahy o těle (ačkoliv ne v kontextu KAM), polemizuje také Bruno Latour (2004). Namísto zkoumání „pouhých“ proměn pocítování těla přemostuje propast mezi pocítováním a fyzickými změnami. Vymezuje se vůči exaktní vědě i fenomenologii, kdy dle něj degraduje první z nich tělo na soubor fyzických a chemických vlastností, zatímco druhá tělo odděluje od reality tak, že je „pouze“ pocitem z jeho zažívání. Prostřednictvím konceptu artikulace se Latour zabývá tím, jak se tělo skrze jistý trénink proměňuje, jak se pilují jeho schopnosti vnímání. Na příkladu výcviku čichu pro rozpoznání parfémových přísad hovoří o „tvoreni či děláních nových těl“, když ukazuje, jak se tělo trénuje v nechávání věcí, aby ho ovlivňovaly. Latourova artikulace není ale o pouhém „uvědomování“ či „zcitlivování“ schopností, které tělo již dříve mělo, nýbrž o vynalézání schopností nových.

Grünenberg et al. (2013) aplikují koncept artikulace na studium kineziologické praxe. Hovoří o tom, jak skrze různé procesy propojování a oddělování vznikají nová těla i nové světy (Latour, citováno podle Grünenberg et al. 2013: 99). Pojem

¹⁶ V originále „body mastery“ (Baarts a Pedersen 2009).

¹⁷ V originále „awareness“ (Baarts a Pedersen 2009).

¹⁸ Konceptem aktivního těla se autorky odkazují k Maurice Merleau-Pontyho pojetí zažívaného těla jako subjektu.

propojování či vztahování se („relatedness“) přebírají z antropologie příbuzenství a používají ho zejména pro propojování různých těl v terapeutické interakci.

To, co se děje s tělem v ájurvédské praxi, můžeme také nahlížet jako jisté uvědomění si či zpřítomnění těla. Dochází k němu podobně jako ve studii Baarts a Pedersen (2009) prostřednictvím zaměření pozornosti na tělo, které zůstává přítomné nezávisle na existenci pocítovaných obtíží. Zde se tak děje v procesu poznávání. Nicméně se nejedná o uvědomění si těla jako takového, nýbrž o uvědomění si jeho vnitřní provázanosti i propojení s vnějším prostředím. Zde si tedy vypůjčuji koncept uvědomění si těla ve smyslu jeho zpřítomnění, kdy se tělo stává přítomným až prostřednictvím propojení v rámci jeho hranic i za nimi. Podobně jako ve studii kinéziologické praxe (Grünenberg et al. 2013) tak v ájurvédské praxi vzniká (tj. tvoří se) svým způsobem skrze tato propojení tělo nové. Na rozdíl od citované studie nejsou tato propojení omezena na jiná těla.

Poznáváním tedy dochází k jistému rozpoznání či rozšifrování pocitů ve smyslu jejich pojmenování v důsledku uvědomění si této provázanosti. Rozpoznání nabízí proměnu nejasného v diskurz a praxe, jež jsou schopné nabídnout pocit porozumění (Sointu 2006: 507). Rozpoznání tedy propojuje různé části těla v celek a následně i tento celek s dalšími entitami a okolním prostředím. Propojuje se vnějšek a vnitřek těla, stejně jako tělo fyzické s mentálním. Tělo, dříve pasivní, nepřítomné, oddělené od mysli, nyní vnímá, mluví srozumitelnou řečí, v důsledku čehož je s ním možné spolupracovat. Podobně i jídlo, dříve pasivní, přestože může způsobovat pocit přejedení, je nyní více propojeno s tělem. Komunikují spolu, vyjednávají vhodnost stravy, jež je pak reflektována pocitem pohody či nepohody. Vnějšek a vnitřek těla, mysl, jídlo, se kterými tělo reaguje, stejně jako okolí, získávají tímto propojením, a tedy jakýmsi uvědoměním vzájemné závislosti, větší aktérství.

Latour říká: „Mít tělo, znamená naučit se nechat se ovlivňovat [...] v procesu působení dalších entit.“ (Latour 2004: 205, citováno podle Grünenberg et al. 2013: 99) U poznávání, které je procesem vtělování ájurvédských konceptů, proměny konceptualizace i zažívání těla ale nelze jednoduše říci, zda se jedná o vynalezení nových schopností vnímání, či jen o uvědomění, zviditelnění těch stávajících, jako je tomu u Latourovy artikulace. Stejně jako v artikulaci se zde ale tělo stává citlivější na věci, které ho ovlivňují. S objevením těla (Baarts a Pedersen 2009) tak dochází i k proměně jeho podoby. Propojením uvnitř a vně vzniká tělo závislé. Jeho hranice se nicméně „jen“ nerozšiřují o další schopnosti, ale spíše mají tendenci rozpustit se v síti vzájemných závislostí. Vlastní tělo a já, nicméně zůstává pro praktikující centrem.

Uvědomování si tedy chápu jako pojmenování, propojení jsoucen, která byla dříve vnímaná a zažívaná jako oddělená. Přitom uvědomění si těla je primární proces, který může následovat uvědoměním dalších jsoucen, která s tělem intera-

gují. Poznání faktorů, které tělo ovlivňují, ale současně zpřístupňuje praktikujícím možnost tělo lépe ovládat. Uvědomění si provázanosti těla tak umožňuje a způsobuje proměnu zacházení s tělem. Mohli bychom říci, že ájurvéda zpřístupňuje jisté technologie *já*, které posilují aktérství praktikujících díky rozpoznání fungování těla (srov. Sointu 2006). Co když se ale přesto, či právě kvůli rozpoznání propojenosti těla, stane schopnost sebekontroly nebo sebeovládnutí nedosažitelná? Co když právě pocit její dosažitelnosti produkuje dokonce negativní efekty?

Ne/možnost sebekontroly a sebeovládnutí

Podle Dany:

když se díváš a fakt používáš ty termíny, tak opravdu dojdeš k tomu, že to je jenom přirozenej život a že to vlastně jako víš, že každěj člověk na tebe nějak zapůsobí, každá situace na tebe nějak zapůsobí, prostě všechno. To, že je ti zima, že je ti vedro. To je jasný, že to má nějakej vliv. A že to tělo prostě permanentně pracuje, vytváří, oživuje, vyživuje, vyhazuje... to se děje pořád. Tak je přece jasný, že když je ti zima, tak se to bude tvořit asi trošku jinak... než když je ti horko... Takže je to vlastně strašně jednoduchý, ale ta složitost pro nás je, ji [ájurvědu] přijímat ve chvíli, kdy přemýšlíš o tom, proč něco nějak je, nebo jak konkrétně pomoci, když tě bolí v krku... teď jsem měla operace, tak co to vlastně znamená? Chci tím říct, že to dává celý smysl a našim úkolem je to přijmout. Celou tu širokou škálu těch vlivů a kvalit a nějak je za tím hledat. A to je samozřejmě složité. (rozhovor, 23. 11. 2016)

Tělo se najednou skutečně stává s propustností svých hranic výrazně křehčí. Je téměř vydané napospas všem těm vnitřním i okolním vlivům. Je zde závislé na mnoha proměnných, což je na jednu stranu srozumitelné a logické, když se tím nějakou dobu člověk zabývá. Na druhou stranu není úplně snadné přijít obtíží „na kloub“, má-li se brát v potaz tak široká škála vlivů. Dana dále uvádí:

Je to těžký, ale je to o tom, přesně donutit se k tomu zamyšlení. Přesně jak mě bolelo v krku a já si říkala: „jé, mě bolí v krku“ a pak jsem si říkala: „ne ne, proč tě jako bolí v krku?“ a teď jsem vlastně nevěděla. Mám si dát zázvor s medem, nebo si mám vykloktat kurkumu. Co chci? A pak jsem si řekla: „ano, mě bolí v krku, ale vlastně mě tam pálí, tak co mě tam jako pálí. Proč to tam je? No, tak to jako zchladím“. Ale stejně jsem nepřišla úplně na to, proč to jako pálí... ještě je to jako o tom, udělat jeden krůček a zamyslet se, proč se to stalo zrovna tam. (rozhovor, 23. 11. 2016)

Zhruba rok poté, co jsem s Danou realizovala citovaný rozhovor mi k témuž řekla, že je pro ni taková situace, kdy na řešení problému nepřijde, přestože

k němu má všechny nástroje, často frustrující, ale zároveň i motivující. (terénní poznámky, 16. 1. 2017).

Praktikující získávají přístup k tomu, zabránit obtíži, a když už se stane, tak ji vyléčit. Poznali, co všechno stav těla ovlivňuje, a proto vědí, na co všechno si mají „dát pozor“. Získali jistou odbornost v oblasti porozumění vlastnímu tělu, a s tím tedy i přístup k sebekontrolě či sebeovládnutí (srov. Baarts a Pedersen 2009). To, že k němu mají teoreticky přístup, ale samozřejmě neznamená, že ho využívají. Proč by ho ale nevyužívali? Nechtějí, nebo nemohou? Nissen, ve své analýze herbalistické léčby považuje tento druh KAM pro její klientky za přínosný tím, že jim umožňuje seberealizaci. Tato seberealizace ale není pro všechny její informantky proveditelná, jelikož spočívá ve „starání se o sebe“, které je velmi časově i energeticky náročné (ibid.). Ani v mém výzkumu tomu praktikující vždy nechtějí skutečně „přijít na kloub“, jelikož příčině zdravotní obtíže nechtějí či nemohou věnovat potřebné množství času či energie. Je to právě z toho důvodu, že je třeba zvažovat mnoho faktorů. Nejenom diagnóza, ale i léčba je většinou v ájurvédě velmi časově náročná. V důsledku zde můžeme spíše než o zisku odbornosti hovořit o zpřístupnění odbornosti, přesněji teoretické odbornosti, jejíž aplikace může být v praxi obtížná. Následující úryvek z rozhovoru s Láďou toto ilustruje:

Nebo třeba když mám den větry, tak vím, že jsem si rozhodl *vátu* a vím, že jsem třeba moc mluvil nebo cestoval, nebo jsem si rozhodl režim, nebo jsem nepravidelně jedl. Jo, nebo nějakým způsobem jsem si tu *vátu* zvednul. I když třeba cestuju a jedu do Těšína a mám ve stoličce bobky, tak vidím, že ta *váta*, že to není tou stravou, ale tím, že jsem jel čtyři hodiny ve vlaku. (rozhovor, 17. 5. 2017)

Z předešlé citace je patrné, že tomu Láďa nechce jen „přijít na kloub“, jako Dana. Nejde mu „pouze“ o poznání příčiny problému proto, aby zkrátka věděl více. Nejde jen o rozšifrování vlivů na vlastní tělo, ale o rozpoznání, v čem pochybil. Láďa zde vnímá vlastní aktérství jako stěžejní. Buď mohou praktikující pozorovat, vnímat, uvědomovat si svá těla v jejich provázanosti nebo reflexi tohoto nového způsobu existence vlastního těla přijmout jako imperativ vlastní každodennosti. V procesu poznávání tak Láďa zjistil, co vše ovlivňuje stav jeho těla, ale s tím i to, že to většinou odvisí od jeho jednání. To, co praktikující jedí, poslouchají či jakou plochu kůže vystaví větru, zimě, chladnu, totiž ovládat mohou. Vědí tedy, že všechny okolní vlivy působí na tělo a oni je mohou manipulovat tak, aby tyto vlivy udržovali v takovém stavu, kdy jim pomáhají, nikoliv ubližují. Druhá strana této mince napovídá, jak také ukazuje úvodní citace, že to znamená zjištění, že si jednoduše za většinu věcí mohou sami. Ano, skutečně nemohou vždy ovlivnit, jak moc budou mluvit či jak daleko budou cestovat, když si to například žádá pracovní náplň.

Láďa dělá všechno proto, aby byl zdravý. Když se však zdraví stane dosažitelnou normou, kterou ale člověk není schopen z nějakých důvodů dosáhnout, neposiluje to, ani neosvobozuje. Naopak to může jedince svazovat a produkovat úzkost. Úzkost z nedosažení teoreticky dosažitelného stavu zdraví. Následující terénní poznámky zachycující sebereflexi vlastního praktikování ájurvédy ilustrují složitost tohoto procesu:

Všechno, co se mi děje, si teď umím skrze ájurvédské principy vysvětlit. Vím, že většinu svého jednání, pocitů i změn v hlavě i na těle mohu ovlivnit, když správně vyvážím externí vlivy. Ovlivňování, a tedy jistě ovládání sebe sama není ale vždycky jednoduché. Podle ájurvédy naše tělo i mysl totiž reagují se vším, s čím přichází jakkoli do kontaktu. Já ale nemám kapacitu na to, hlídat si úplně všechno: počasí, jídlo, pohyb, správné časy na jídlo a pohyb, dobu, za kterou se mám přesunout z místa A do místa B, atp. Vlastně ani neaspiruji na to žít zcela podle ájurvédy. Je ale pravda, že její praktikování, které jsem zpočátku prováděla z čistě výzkumných důvodů, se postupně mění v zaběhlou praxi i občasné výčitky a pochybnosti.

Když se s Láďou po telefonu domlouváme na detailech mé návštěvy, kvůli jeho malému synovi ho upozorňuji, že mám trochu kašel a nějak se mi nedaří se ho zbavit. Obratem na mě vychrlí:

„Jak to, že jsi nemocná, vždyť děláš ájurvédu!“ Po dalších pár dnech, když se spolu procházíme cestou z vlakového nádraží k němu domů, oba dva naráz zakašleme. Začne mě zasypávat informacemi, co všechno s tím dělá, radí: „Nejen kurkumu, ale i dlouhý pepř si svař v mlíce, to je něco.“ Když se ho ale zeptám, proč teda pořád kašle, řekne, že to je jinde, že je prostě smutnej, a s tím nic neudělá, dokud se situace v rodině neuklidní. (terénní poznámky, 16. 5. 2017)

Pro Láďu není pochopitelné, aby někdo, kdo dělá ájurvédu, byl nemocný. Ve skutečnosti mu nemoci přijdou zbytečné. Když jimi někdo trpí (zejména těmi lehkými), je to pro něj spíše znak jeho lenosti a nedbalosti co se dodržování ájurvédských zásad týká. S tímto přístupem pro něj samozřejmě není snadné, být sám nemocný. Poznání toho, jak funguje tělo, resp. toho, s čím vším je propojené a co všechno ho ovlivňuje, totiž ještě nezaručuje zdárné vyřešení problému. Jak bylo již řečeno, tělo je v ájurvédě ve vztahu vzájemné závislosti s množstvím věcí. Nejen tělo samotné, ale i další entity zde tak získávají značný jednající potenciál. V důsledku je jejich aktérství rovnocenné. Proto, je-li člověk vystavený nepříjemné situaci, může se to podepsat na jeho zdraví. V případě, že situaci nemůže či nechce změnit, potíží přetrvává. Jak z posledního úryvku plyne, přes poznání těla není

možné, aby s ním Láda manipuloval. Působení okolních faktorů zde převyšuje akterství těla, což znemožňuje jeho ovládnutí, sebeposílení či jakýkoli jiný pozitivně vnímaný efekt ájurvédy. Dostáváme se zde tedy k případu, kdy je akterství ostatních jsoucen působících na tělo větší než vlastní akterství, než vlastní schopnost problém vyřešit. Tato situace pak může sebeovládnutí zabraňovat.

Uvědomění si těla v ájurvédské praxi, tedy uvědomění si jeho vnitřní provázanosti i propojenosti s vnějším prostředím, tedy nemusí automaticky znamenat porozumění prožívané tělesné obtíži, a to právě v důsledku skutečnosti, že je závislé na tolika faktorech. Současně dělání tohoto provázaného ájurvédkého těla, tedy zohledňování takřka všech možných vlivů, které na něj působí, může produkovat pocit primátu vlastního akterství, a tedy možnosti vyřešit téměř jakýkoli tělesný problém. Zde se nabízí paralela dobyvatelského narativu západní vědy o podmanění přírody. Ani ájurvédská teorie se ale nemusí překrývat s praxí. V případě, že se člověku nepodaří problém úspěšně řešit, může taková situace produkovat nepříjemné pocity, jak ilustruje poslední citovaný rozhovor s Danou. Ta při zvažování všech různých možností nemůže často definovat původ svých potíží a s tím ani strategii jejich řešení. Současně ale cítí, že by mohla, jelikož má přístup ke všem podstatným informacím i vědění. Auto-etnografické poznámky ještě extrémněji ilustrují, že může tato situace způsobovat až úzkosti z vlastního pochybení. Pokud člověk nezíská pocit převahy vlastního akterství, ale je přesvědčený, že je jeho tělo ve vztahu vzájemné závislosti s takřka nekonečným množstvím dalších jsoucen, může se jeho zodpovědnost za sebe sama mezi těmito jsoucný úplně rozmělnit.

Závěr

Koncept celostního či holistického přístupu k člověku (např. prostřednictvím celostní/holistické medicíny) je dnes v západní společnosti (včetně české) poměrně populární. Stal se dobrou značkou i heslem kontrakultury k hegemonii západní medicíny. Tento přístup má ale v naší kulturní oblasti značnou tradici. Již v období a prostředí, ke kterému se vztahujeme jako ke kořenům evropské civilizace, nacházíme koncept Kalokaghátia, který vyjadřuje propojení duševní a tělesné krásy. Ze současnějších tradičních variací propojuje stejné oblasti člověka, byť explicitně ve vztahu ke zdraví, svým heslem „ve zdravém těle zdravý duch“ například sokolská organizace. Dnešní trend celostní medicíny či „holistického hnutí“ na západě zdůrazňuje provázanost v biomedicíně odděleně vnímaných částí člověka (např. orgánů), stejně jako jeho závislost na okolním přírodním i socioekonomickém prostředí. Předkládaný článek tak pojednává fenomén, který je takřka notoricky známý, a na který má pravděpodobně většina lidí z řad odborníků i laiků nějaký názor. Možná právě proto v odborné literatuře absentuje analýza toho, jak takový holismus vypadá v každodenní praxi lidí, kteří se podle této idey snaží žít. Proto se v tomto článku věnuji tomu, jak je holismus praktikován, prožíván a vnímán

konkrétními lidmi. Jak praktikování oné provázanosti vypadá v jejich každodennosti a jaká dilemata do jejich života přináší? Na tyto otázky v textu odpovídám na základě interpretace pohledů lidí, kteří na výzkumu participovali, tedy zejména současných a bývalých studentů dvou českých ájurvédských škol. Zároveň je kontextualizují ve vztahu k dnes již celosvětovému fenoménu ájurvédy, či z pohledu západu, kde dominuje přístup k tělu a zdraví biomedicína, ve vztahu k širší skupině tzv. komplementárních a alternativních medicín (KAM).

Výchozím bodem tohoto textu byla jednak teze Baarts a Pedersen (2009) o „odvozených benefitech“ KAM praxe. Autorky citovaného článku tvrdí v souladu s mými zjištěními, že lidé praktikují nekonvenční medicínu často z jiných než čistě léčebných důvodů. Konkrétně prostřednictvím těchto metod získávají zejména pozitivně vnímané uvědomění si svého těla, v důsledku toho i shodně hodnocenou schopnost sebekontroly či sebeovládání. Otázky uvědomění si těla i následná možnost sebekontroly se staly stěžejními tématy tohoto textu. Kromě toho také článek odlišuje od jiných odborných publikací na téma ájurvédy zakotvenost v empirických datech o proměně každodennosti těla lidí, kteří ájurvédu praktikují. Abych vymezila praktikování ájurvédy od čistě uživatelské úrovně KAM popisované v množství citované literatury (Grünenberg et al. 2013; Nissen 2013; Sointu 2006), představila jsem koncept poznávání. Poznávání zde odkazuje k tomu, že při samostatném praktikování ájurvédy vycházejí lidé z informací, které zjistili na ájurvédských přednáškách a v literatuře. Aplikace těchto konceptů do praxe není ale nic jednoduchého. Jelikož ájurvéda říká, že holistická těla (lépe soustavy těl a mysli) jsou individuální, každý poznává (své tělo, sebe sama, další věci i okolí) trochu jinak (srov. Nissen 2013: 79). Jako stěžejní okamžik procesu poznávání jsem definovala po vzoru Sointu (2006: 507, 509) *rozpoznání* vlastních dříve nesrozumitelných obtíží či pocitů. Právě moment rozpoznání, tedy jisté vyjasnění doposud nesrozumitelného, je zde klíčový pro to, aby praktikující u ájurvédy zůstali. Po vzoru Latoura (2004), Mol a Lawa (2004) pak koncept poznávání posouvám od „pouhého“ poznávání medicíny a vidění optikou medicíny k proměně přemýšlení a zažívání a praktikování vlastního těla. Sleduji, jak jsou těla ájurvédských praktikujících nově dělána. S pomocí konceptu propojování (Grünenberg et al. 2013) diskutuji pak konkrétní efekty poznávání, které se týkají způsobů dělání těla. To zde na rozdíl od závěrů citované studie nedefinuje vzájemný vztah dvou těl či jedinců, ale spíše vzájemný vztah různých částí těla a soustavy těla a mysli s okolním prostředím. Ve svém příspěvku tak kombinuji studie zabývající se dopady KAM na jejich uživatele s teoriemi o těle z pera autorů z oblasti studií vědy a technologií (STS), abych na příkladu ájurvédy ukázala, jak prostřednictvím propojování různých věcí vznikají těla nová (srov. *ibid.*: 99).

Podle literatury jsou v ájurvédě lidé se svými těly jen součástí sociálního, klimatického či kosmického pole a jsou nahlíženi spíše jako procesy a schémata vztahů

(Langford 1995: 330). Vycházejíce z tradiční západní epistemologie postavené na protikladech, jako je uvnitř a vně, já a ostatní či příroda a kultura, propojují ájurvédští praktikující tyto kategorie do jednoho často ne hierarchického celku. V praxi to znamená, že oblasti, které dříve vnímali jako oddělené, fungující nezávisle na sobě, např. jednotlivé orgány, fyzické a mentální, tělo a jeho materiální okolí či já a ostatní lidé, se kterými je jedinec v kontaktu, se stávají spojenými nádobami. Propojuje se zde vnějšek těla (např. kůže, vlasy) s jeho vnitřkem (např. žaludek) a stejně tak i tělo fyzické s tělem mentálním, myslí. Tělo a mysl, které v důsledku těchto propojení tvoří celek, se následně propojují s různými dalšími entitami (jídlo, okolní prostředí) a vnějšími vlivy (počasí, čas, prostor, sociální vztahy). V ájurvédské praxi tak dochází k rozpoznání (Sointu 2006) vzájemné závislosti tělesných částí i těla a okolních entit, se kterými interaguje. V důsledku se soustava těla a mysli stává mnohem komplexnější, ale současně se rozrušují její hranice. Stává se závislá na velkém množství vnitřních i okolních vlivů. Rozpoznání provázanosti těla tak způsobuje i navýšení aktérství všech propojovaných věcí. Z těla, mysli, jídla, blízkých lidí, počasí atd. se stávají jednající subjekty, se kterými je třeba se domluvit, porozumět, přizpůsobit se jim, popř. je nějak zmanipulovat, aby nedošlo ke zhoršení stávajícího tělesného stavu. Jelikož se nejedná pouze o proměnu rozumění tělu, ale jeho vnímání a zažívání (a v důsledku i proměnu samotného zacházení s tělem – jeho tvoření) hovořím zde o tom, že praktikující dělají ze svých těl těla ájurvédská.

V procesu dělání ájurvédských těl dochází tedy k proměně vnímání, zažívání i reprodukování těla a okolního prostředí. Neděje se to pouze jinak, ale v jiných kompozicích. To, jak tělo vypadá, jak funguje, co je s čím spojeno a co ho ovlivňuje, se přeskládává do nových vztahů. Klíčové je, že podnětem i produktem celého popisovaného procesu je jistý „tělo-centrismus“. Přestože propojování těla zahrnuje i proměnu sebepojetí, zacházení s vlastní myslí i s okolním prostředím, v centru jeho fungování zůstává vlastní tělo. Tělo je hlavním objektem pozornosti praktikujících, hlavním indikátorem toho, zda je něco v nepořádku a současně je to i v jistém smyslu objekt, který je snáze čitelný a lze ho snáze disciplinovat než mysl.

Podobně jako v článku Baarts a Pedersen (2009) o „odvozených benefitech“ alternativní medicínské léčby, i v ájurvédské praxi není vždy vyléčení to nejdůležitější. Mnozí z účastníků výzkumu dokonce vůbec ájurvédu nedělají s hlavním cílem vyléčit se. Kromě již diskutovaného uvědomění hovoří autorky citované studie o dalším benefitu a sice o zisku schopnosti ovládat vlastní tělo. Předkládaná studie však dokladuje, že v rámci zkoumané ájurvédské praxe není sebekontrola automatickým důsledkem uvědomění těla. Naopak, právě ono tvoření či dělání ájurvédského těla v jeho provázanosti může často sebekontrolu omezovat. V jiných případech pak samotný pocit dostupnosti sebekontroly či sebeovládnutí nemusí být vnímán jen pozitivně, protože důsledné uvědomění provázanosti ve smyslu vtažení těla do sítě vzájemných závislostí může sebeovládnutí značně limitovat.

BIBLIOGRAFIE

- Alter, Joseph S. 2005. *Asian Medicine and Globalization*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Baarts, Charlotte, a Inge Kryger Pedersen. 2009. „Derivative Benefits: Exploring the Body through Complementary and Alternative Medicine.“ *Sociology of Health & Illness* 31 (5): 719–733.
- Beck, Ulrich, Anthony Giddens a Scott Lash. 1994. *Reflexive Modernization: Politics, Tradition and Aesthetics in the Modern Social Order*. Stanford: Stanford University Press.
- Ellis, Carolyn. 2004. *The Ethnographic I: A Methodological Novel about Autoethnography*. Rowman Altamira.
- Frank, Robert, a Gunnar Stollberg. 2002. „Ayurvedic Patients in Germany.“ *Anthropology & Medicine* 9 (3): 223–244.
- . 2004. „Conceptualizing Hybridization on the Diffusion of Asian Medical Knowledge to Germany.“ *International Sociology* 19 (1): 71–88.
- Grünenberg, Kristina, et al. 2013. „Doing Wholeness, Producing Subjects: Kinesiological Sensemaking and Energetic Kinship.“ *Body & Society* 19 (4): 92–119.
- Hsu, Elisabeth. 1999. *The Transmission of Chinese Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hughes, Kate. 2015. „Anthony Giddens: The Reflexive Self and the Consumption of Alternative Medicine.“ In *The Palgrave Handbook of Social Theory in Health, Illness and Medicine*, ed. Fran Collyer, 439–454. Palgrave Macmillan.
- Kessler, Christian, et al. 2013. „Ayurveda: Between Religion, Spirituality, and Medicine.“ *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, Vol. 2013.
- Klepal, Jaroslav, a Tereza Stöckelová. 2016. „(Post)socialistická zjednávaní čínské medicíny.“ 18. pracovní konference Biografu, Rataje nad Sázavou, 17.–19. 6. 2016.
- Křížová, Eva. 2015. *Alternativní Medicína v České Republice*. Praha: Karolinum.
- Langford, Jean. 1995. „Ayurvedic Interiors: Person, Space, and Episteme in Three Medical Practices.“ *Cultural Anthropology* 10 (3): 330–366.
- Latour, Bruno. 2004. „How to Talk about the Body? The Normative Dimension of Science Studies.“ *Body & Society* 10 (2–3): 205–229.
- Mol, Annemarie, a John Law. 2003. „Vtělené jednání, zjednávaná těla: Příklad hypoglykémie.“ *Biograf* 31: 53 odst.
- . 2004. „Embodied Action, Enacted Bodies: The Example of Hypoglycaemia.“ *Body & Society* 10 (2–3): 43–62.
- Nissen, Nina. 2013. „Women’s Bodies and Women’s Lives in Western Herbal Medicine in the UK.“ *Medical Anthropology* 32 (1): 75–91.
- Nordstrom, Carolyn R. 1989. „Ayurveda: A Multilectic Interpretation.“ *Social Science & Medicine* 28 (9): 963–970.

- Rajpoot, Govind, Jan Šorf a Jan Vančura. 2016. *Povědomí – Ájurvédská základní škola*. Praha: Ájurvéda Kutí.
- Reddy, Sita. 2002. „Asian Medicine in America: The Ayurvedic Case.“ *The Annals of the American Academy of Political and Social Science* 583 (1): 97–121.
- Saks, Mike. 2008. „Plural Medicine and East-West Dialogue.“ In *Modern and Global Ayurveda: Pluralism and Paradigms*, eds. Dagmar Wujastyk a Frederick Smith, 29–42. Albany: State University of New York Press.
- Sointu, Eeva. 2006. „Recognition and the Creation of Wellbeing.“ *Sociology* 40 (3): 493–510.
- Stollberg, Gunnar. 2005. „Ayurvedic Medicine in Germany.“ <http://www.uni-bielefeld.de/soz/pdf/PaperStollberg.pdf>.
- Viveiros de Castro, Eduardo. 2004. „Perspectival Anthropology and the Method of Controlled Equivocation.“ *Tipiti: Journal of the Society for the Anthropology of Lowland South America* 2 (1): 1–20.
- Vrzal, Miroslav. 2011. „Kritika konceptu New Age: New Age jako spiritualita, nebo lidové náboženství?“ *Sacra* 9: 54–64.
- Waldram, James. 2000. „The Efficacy of Traditional Medicine: Current Theoretical and Methodological Issues.“ *Medical Anthropology Quarterly* 14: 603–625.
- Warrier, Maya. 2009. „Seekership, Spirituality and Self-Discovery: Ayurveda Trainees in Britain.“ *Asian Medicine* 4 (2): 423–451.
- . 2011. „Modern Ayurveda in Transnational Context.“ *Religion Compass* 5 (3): 80–93.

Alžběta Wolfová

alzbeta.wolfova@fhs.cuni.cz

Fakulta humanitních studií

Univerzita Karlova

<https://fhs.cuni.cz>

Interview with Veena Das in Reflection of Colloquium “Consequences of Ethnography” (Daniela Mosaad Pěničková)

*Veena DAS (born 1945) is a world-renowned scholar in Indian anthropology. She completed her Ph.D. in 1970 and taught at the Delhi School of Economics (The University of Delhi) for more than thirty years before getting a joint appointment at the New School for Social Research (part of The New School in NY) in 1997. Since 2000 she is a member of the Department of Anthropology at Johns Hopkins University (Maryland). The areas of her specialization include the anthropology of violence, social suffering, and the state. Das's edited book *Mirrors of Violence* (1990) was one of the pioneering publications introducing the subjects of violence within anthropology of South Asia. The trilogy she edited with others, including Arthur Kleinman, opened new directions on these issues in anthropology globally. The volumes include *Social Suffering* (1997), *Violence and Subjectivity* (2000), and *Remaking a World* (2001). In 2006, she published *Life and Worlds: Violence and the Descent into the Ordinary*, in which she presented the notion that violence (and suffering) is not an interruption of ordinary life but it is implicated in the ordinary. She has explored how the everyday life experience and the eventful experience are joined together in making the normal and the critical. Her most recent books are *Affliction: Health, Disease, and Poverty* (2015) and three co-edited volumes, *The Ground Between: Anthropologists Engage Philosophy* (2014), *Living and Dying in the Contemporary World: A Compendium* (2015), and *Politics of the Urban Poor* (forthcoming).*

Daniela Mosaad Pěničková: *Veena, if I may touch upon yesterday's colloquium, you made some critical comments about indulging in the analysis of the objective v. subjective approach in ethnographic fieldwork. Why?*

Veena Das: I think the typical kind of advocacy, as in Jonathan Stillo's paper, is that we need more doctors to become more empathetic, and I would say yes – who would doubt it? But when you have a scale of the sort of incidence of TB, like you have in India or Romania, you have to think about the main problems. There are two major and related problems here: One is that the technology is very outdated, which leads to the second one – a diagnostic delay. With TB, the sputum microscopy is only about 30 % correct. And the protocol keeps emphasizing these precise procedures: The patient has to go in the morning, in the evening, has to give three samples, etc., etc. But there *is* new technology. The Genexpert TB test gives you more precise results in a couple of hours with one sputum sample. So,

my point was that we need to focus on how to change the institutional design. In the two or three cities where we have been working with TB patients in India, in a project spearheaded by the Gates Foundation, we understood that various experts have to combine to make the Genexpert free. It still does not mean that the doctors are going to send patients immediately to diagnosis, so, along with the commodities, what we have done was also to change the structure of the consultations. Any patient with a two to three-week cough, the compounder [of project experts] have enabled to give him/her a prescription for the Genexpert TB test. And that has been recognized in the lab. So, the Genexpert test went up, not because doctors became more empathetic or began to understand better, but because the condition of possibility became easier.

I was thus saying that we have to think much more about the institutional design, especially with diseases of this kind where the numbers are massive. As for the aforementioned advocacy by Paul Farmer, which was about home visits for underprivileged people: It is so expensive that I do not see that the governments would support that. It may work with small populations but not with such large populations as in India or Romania. We need to get out of this groove and think about each kind of disease scenario differently. Going back to Jonathan's case study: The problem was the sanatorium. It really needed to be closed [chuckle]. We do not need a large sanatorium in the woods when most TB is among people in the community. We really need to reach the actual process of diagnosis on the community level and, by the way, this is something that Paul Farmer would also agree with, I think [chuckle]. These are the things you have to work with – the pharmaceutical industry to make the drugs available and cheaper. And, certainly, in places like India the structure of the provider's marketing is really a problem you have to focus on also, because patients typically get a week or two of antibiotics before they are even tested for TB. These are the kinds of structural problems and we do not need to go into the "should we be objective, should we be subjective, or, is it the patients' experience or doctors' experience that changes things", etc. If you need to get *here*, then what is the assemblage you need to put together to get there. You do not need extraordinary heroism on anybody's part. You need to identify the high notification doctors and labs and work with them. The structures you need to address are very locally specific things and you need to learn about them.

I think, also, anthropologists tend to think basically that numbers are very dehumanizing and I do not agree with that. It depends on how they are used. Occasionally they may be dehumanizing but, like for TB, if you do not have the numbers, you do not know the massiveness of the problem you are dealing with. An institutional design for treatment and intervention has to keep that dimensionality in mind, because what is doable in a small country or for a small case load is not doable in a large country or for a very large case load. Those are the considerations

I see missing in the anthropological discourse. Alongside, it did a lot to bring into the public the idea that the patient is not to be blamed, I think that *was* a great achievement. But include the numbers.

Going back to the Jonathan's research, here is the TB sanatorium so it seemed the obvious thing to begin the work in the TB sanatorium. But if you change the object of the study and say: "Let's see what are the numbers of TB or TB drugs consumed in the community", or "let's contrast it with a community clinic, do a community survey rather than a survey in the asylum or sanatorium", you may be in a better position. You may get then a different scenario of "where is TB". We think that the object for studying in medical anthropology is the clinic or the center, but you could argue quite the opposite. In the work I have done I also ended up getting to the clinic in several cases, but only through previous work in the community.

Daniela Mosaad Pěničková: *You have been engrossed in the study of violence and social suffering since the 80s, edited books such as Violence and Subjectivity (2000) or Anthropology in the Margins of the State (2004) and so on. Has there been any approach shift since you started exploring social suffering until today?*

Veena Das: Problems have been emerging – through them you discover your own blind spots. Incidentally, it is not just the 80s. I did my work on the Partition (the partition of India in 1947) in the 70s, but I did not think at that time it was about violence or social suffering. I am saying that in my book that I thought I was doing a normal sort of kinship study. Only later I began to realize that when I was asking common interview questions, it led to those topics. Inormally do not do long interviews, sometimes I do surveys, but a lot of my work is just by being in the community doing participant observation, which is what I was doing in the 70s. Things in my work would kind of swell up and I did not realize until later that the narratives were related to this underlying complexity of violence, which was not immediately visible but definitely there. They were in the forms of talks, fights, tensions within the families, and they were not overtly attributed to the Partition but enfolded in itself these kinds of notions.

The one big question that was there from the very start was: *When and how do you become conscious of things?* Due to experiencing events such as Indira Gandhi's assassination in 1984, and in a way I was right in the middle of the scene of violence, I was able to discern different kinds of moments in the unfolding of violence. Obviously, what data it was possible to collect then was obviously not possible to collect for the Partition, but after 1984 I became very curious about the actual texture of relations in the slum areas because, while there was some killing that happened in the upper-class neighborhoods, most of it happened in the slums. I got interested in what the life in the slums was. Yes, some of the deaths had to do with the political riots, but many had other reasons. So, you get many other stories enfolded

into it. It is the particular moment of joining of events and everyday life that began to fascinate me. I began to ask questions like: “What are the textures of life? How is violence folded into them? Or, how does it inform relationships when no overt event has taken place?”

Daniela Mosaad Pěničková: *As an author, have you also gone through the stages discussed in the colloquium yesterday – being overwhelmed by suffering one explores in the field, inability to objectify or write about the violence experienced through the lives of your research participants?*

Veena Das: I do not think of writing as the most important moment for me. I do write because I feel compelled to write. At the same time, if I never published anything it would not matter very much to me. Now, I am not advocating that as a general thing [chuckle], but subjectively, writing is very painful regardless of the topic. Because you want to have fidelity in anthropology, you want to have fidelity in and to the people about which you communicate the subject matter. That is a very big question for me: Would they recognize themselves in what I write? Which is why I have these discussion groups in the ISERDD Institute I founded in Delhi, trying to share pieces of my writing, not in any dramatic way, you know. I have a stable group of colleagues in the Institute who are, with one exception, only Hindi speakers, some went through pretty poor schooling system and so on, but they have intense curiosity. In the process of training them in particular projects, and they have managed a wide variety of pretty difficult projects with the World Bank and other institutions, I am learning. They are not content in the thinking “We will do the survey and we just give you the data”, but they are very actively involved in what the research and findings are. The same often happens in the community. In the slums, the population is very heterogeneous in what they can do to survive, getting water, electricity, or they extensively comment on the political situation and so on. So, for me the anthropological colleagues are very important but they are one community. There are other communities who are as important.

When we talk about *being overwhelmed*. An overwhelming knowledge, what that means for me is that research and work can be overwhelming for me personally, of course, but in the community, there is a sense of conditioning the overwhelming knowledge, I call it an inordinate knowledge. These are things that you cannot face up to. Partly people have to learn not to see things, because it can be dangerous to see certain things, but partly you get habituated to particular forms of cruelty or violence. That is what I think about in association with being overwhelmed.

Daniela Mosaad Pěničková: *Was it shocking for you as a researcher when you started your work in the slums in the 90s?*

Veena Das: Well, I did not grow up in a slum, but I grew up in a pretty poor household. In the family people would be displaced by the Partition, I mean I was just a small baby but my parents went through that. We had lots of debts because of these things, so yes, it was not exactly like in the slums but it was not very high or upper class either.

Daniela Mosaad Pěničková: *Once you started research in the slums, do you feel like you also got habituated to violence and suffering? Have you felt sadness for the families you study?*

Veena Das: Sure, but that is like a condition of life, it is not like now I am happy, now I am sad. Because I am not constantly dwelling on the sadness, neither are the people in the slums. It is not like the people, because of their lives in this milieu of violence, have no capacity for pleasure. That is not true.

Daniela Mosaad Pěničková: *If we take the case of the abducted daughter you presented yesterday, there was a great deal of disturbing violence involved, what effect does it have on you as a researcher?*

Veena Das: Yes, absolutely, horrific violence, but as for the effect I quite disagreed with David Mosse yesterday, who is a great anthropologist and I have a great respect for his work, but I do not agree that it is in a spirit of mourning that all [key] texts [about suffering] are written. I think there is a swirl of effects. There can be an absolute exhilaration, mourning, sadness, you know, a sheer joy on the contrary.

Daniela Mosaad Pěničková: *Sheer joy? In the aftermath of (exploring) violence?*

Veena Das: Yes. That gets to my point. It is not like there is violence and then there is the aftermath. For me, that is not the story. The story is that these things are steep, sometime their density goes up, sometimes it goes down, sometimes they configure into producing something else, sometimes it is there but we do not see it. It is the heterogeneity that I find fascinating as an ethnographer. But it does affect me. I can have a great time with the people in the slums, they have a great sense of humor. They have a great deal of irony about the national politics and there is obviously a lot of sadness and grief.

You know the things that are very simple to do, like sending your daughter to school, or that your daughter is doing well in school, can become a major source of contentment in the slums. I have a book called *Affliction* that came out in 2015 where I talk about these things. Now I am trying to finish this next book called *Textures of the Ordinary* (forthcoming) and the example I describe is this girl who is brilliant and really likes to go to school and work. But the father is illiterate. There is a very interesting way in which the parental generation can end up having certain

envy of the child. We do not often recognize it, but [for the parent] this is a child that can do things that I [the parent] can never do. And that combines with the fact that they live in the area in which some girls have eloped, and overall, there is a sense of danger around [being able to protect] girls. There was a period between 10–12 years of her age when she was just mercilessly beaten up by her father. In this period anything that she did was taken as a sign of defiance and even sickness. And you know, the neighborhood often stepped in, the family ended up taking her to various places thinking that she was possessed by a ghost, eventually settling on a particular psychiatric diagnosis, so she was then prescribed lithium, which seemingly helped some. After she finished school, and she was one of the three kids in her class who got the first division, most failed, I was helping her to get into college and I took her to a café. We were talking and asked her “So, how are you now?” she was like “Aunt, it was my father who was ill”. And she used a beautiful word in Hindi meaning “I began to believe in the cult of hope. It is not that I was ill”. She did finish her college and got decent work, even if not as a teacher as she wanted. The interesting thing was that all these fights with the father happened to her but when her younger sister reached this age, when the family was deciding if to send her to school, these [negative] energies were exhausted. The family was quite proud of the younger daughter to go to college. The older sister opened the door for her siblings. So, seemingly simple thing like “we should send girls to school” are not so simple in some places in Delhi. But there has been a dramatic increase in girls going to school lately. What is fascinating to me is the fact that they can struggle over that in the way this girl did and that these desires very ordinary in another context become very extraordinary in the context in which she lives.

Daniela Mosaad Pěničková: *The norm for schooling in the US may be very extraordinary in Delhi, then?*

Veena Das: Yes, but I am not even comparing it to any international standard. These are others in India who go to school quite easily, their parents supporting them, they see these images on TV, so they know this is happening elsewhere [in the country]: Women go to school, but in poor neighborhoods this is not so.

Daniela Mosaad Pěničková: *When did you come to the US?*

Veena Das: I had taught in the Delhi university for at least thirty years, I think. We came to the New School for Social Research in 1997 and at that time I was doing half time in New School and half time in the Delhi and then, in 2000 I think, I came full time to Johns Hopkins. I never made like a decision to come to the US, it just happened very contingently. With the New School, I could do one semester then go back to India and the next year again. So, I did not have to be away all year. But eventually the Delhi university would not let me continue the arrangement

and at Johns Hopkins they wanted me to be really committed. In addition, there were family matters. My husband needed heart surgery and at the time it was quite cumbersome to get the medication needed in India, so as long as I was in the US for a semester I could arrange that. Eventually the kids came. So, it was never a big decision, and I am not even sure that I would not go back in a three-year time or so. We have a house in Delhi.

Daniela Mosaad Pěničková: *Still, you have lived in the US for decades, do you feel like your approach as a researcher has been affected by the different social environment?*

Veena Das: I have a very, very rich intellectual community in Delhi with whom I stay in close contact, and I have very good colleagues and friends in the US. So, for me the move was not one between two very different intellectual environments. There is one important difference and that is the fact that in the US I could get students who could travel outside the country for fieldwork. In India I had one, actually, two students who worked outside India, they worked in the Netherlands and then I had one student who worked in Nepal, one in Bangladesh, and one in Lebanon, that was it. Very few overall, because the structure of resources was such. This is different in the US where working with lots of students who do research in very different places is no problem. And, actually, that *has been* very important for me.

Daniela Mosaad Pěničková: *International scholars who come to the US often talk about providing an intellectual bridge between their home societies and North America. Would you relate to that?*

Veena Das: No. I am not a very aspirational person, so wherever I am, I find opportunity there, and they [different places] all have some interesting things to offer. If I had stayed in Delhi, who knows? But I would have probably got much more politically involved because the situation continued to deteriorate in terms of political interference in Indian universities. I do not know what it would have meant in terms of preserving the lives of my students if I had stayed and done that. I think it would have been a very big challenge, in fact. I would love to see how I would have acted out of that, it would have been a big test.

The big difference in the US was that Johns Hopkins supported my research in the slums for several years when I just started it. I had ten neighborhoods and resources for collecting very good data in them. But other than that, I do not see, for instance, many major differences between lives of university teachers in North America and India. As a college teacher in India you can live quite a comfortable life, but I am also a person who would not need a great deal of [material] resources [chuckle].

Daniela Mosaad Pěničková: *Mainstream literature and media portray Europe and North America as societies with quite a secure living, juxtaposing these localities to the rest of the world – including India. What do you think about this?*

Veena Das: I think the secure living in the US is quite a myth. For example, I have a couple of papers out about my work with African American families with girls who have been diagnosed with HIV, you know, that was very difficult to write about. And even in Western Europe, it always depends where your eye is. If I lived in Denmark, I am sure I would be very interested why there is this kind of disquiet around refugees, or Muslim communities, etc. And not just in Denmark. It just isn't an ordinary thing to hate Muslims and there is such an increase in that... In that sense, I think Foucault was really prescient when he talked about the figure of the *dangerous individual*, someone who had not committed a crime but who was allegedly *likely to commit a crime*. I mean, the structure of that feeling is not new, in a sense it might have been focused on something else earlier and it is focused on the Muslims now. This is a really important area of concern.

It is located not in the everyday experiences but in the imaginary reality of these “very dangerous” individuals and in the idea that the social order is about to be completely disrupted by them. On one level, it is the power of rumor. Like I presented yesterday, these groups of Hindu men who think of Muslims as completely inflexible, hard-headed, cruel-hearted, while, either they have very little experience of Muslims, or their experience is not that [far] off. But they create an illusion, which is preciously a flight from the everyday experience. A rumor. And a rumor is infectious.

Daniela Mosaad Pěničková: *You mentioned that sometimes it is necessary, or convenient, not to see certain things, like in the case of the initial police investigation of the young girl's abduction. However, when one points out these things, writes about them, as you do, do you ever worry about your own safety?*

Veena Das: Well, I have gotten all kinds of threats over the years, but those are not directly connected to the fieldwork in the slums. I rarely have a sense of myself in the field. It might happen that I feel that this may endanger somebody and *then* I am *very careful* what I write and how I write it.

Daniela Mosaad Pěničková: *So you never worried about yourself as an author, wom-an activist or politically engaged woman?*

Veena Das: Yes, the one time I really worried was in 1984 when the children were small, my eldest son was just finishing elementary school and they were all involved, with some other kids, in a camp I organized for refugees, which was a problem for many local interest groups. A guy pointed out to me “You know, you may not worry about yourself, but what about your children?” I realized then that

he was right, I was not able to protect them if anything happened. But as a family we always had a sense that it is very important to be able to aid, to be, ehm, *truthful* is the word that comes to my mind. But I do not want to make it into a very dramatic thing – I just think we learned how to deal with these things without getting too paranoid about it.

It is not that I never get scared, but in proportion to what I see, it is very little that endangers me. But there are real dangerous situations that we may face, long-term sometimes, and then you have to learn how to accommodate that. I do not believe in foolishly going and risking my life, you know, going about one's fieldwork carelessly. Russel made a great statement: "If you have your head cut off, your thinking capacity is considerably reduced" [chuckle]. But, seriously, when I am doing something, I am doing it in a way that is sustainable, not heroically earning fame for a reckless article or report that I get out of when I am finished with work but people have to carry on with that. I put a lot of deliberation into that. The most important thing is what I said: I tend to see the proportion of what I and people around me have to deal with.

Daniela Mosaad Pěničková: *Thank you for the interview, Veena. Enjoy the rest of your visit in Prague.*

REFERENCES

- Das, Veena. 1990. *Mirrors of Violence: Communities, Riots and Survivors in South Asia*. Delhi: Oxford University Press.
- . 2006. *Life and Worlds: Violence and the Descent into the Ordinary*. Berkeley: University of California Press.
- . 2015. *Affliction: Health, Disease, Poverty*. New York: Fordham University Press.
- . Forthcoming. *Textures of the Ordinary*. New York: Fordham University Press.
- . Forthcoming. *Politics of the Urban Poor*.
- Das, Veena, Arthur Kleinman and Margaret Lock, eds. 1997. *Social Suffering*. Berkeley: University of California Press.
- Das, Veena, Arthur Kleinman and Mamphela Ramphele, eds. 2000. *Violence and Subjectivity*. Berkeley: California University Press.
- Das, Veena, Arthur Kleinman, Margaret Lock, Mamphela Ramphele and Pamela Reynolds, eds. 2001. *Remaking a World: Violence, Social Suffering, and Recovery*. Berkeley: University of California Press.
- Das, Veena, and Deborah Poole, eds. 2004. *Anthropology at the Margins of the State*. Santa Fe: School of American Research Press.

Das, Veena, Michael D. Jackson, Arthur Kleinman and Bhiringupati Singh, eds. 2014. *The Ground Between: Anthropologists Engage Philosophy*. Durham: Duke University Press.

Das, Veena, and Clara Han. 2015. *Living and Dying in the Contemporary World: A Compendium*. Berkeley: University of California Press.

Veena Das

veenadas@jhu.edu

Department of Anthropology
Johns Hopkins University
<https://anthropology.jhu.edu>

Villa Lanna International Colloquium Report

Daniela Mosaad Pěničková

At the beginning of the year (01/31/2018), The Czech Academy of Sciences organized an international colloquium titled “Consequences of Ethnography: Knowing Violence via the Self and its Aftermath”. It hosted a trio of acclaimed anthropology keynote speakers: Veena Das (John Hopkins University), a renowned Indian-American researcher at the frontline of defining approaches to understanding violence and social suffering in anthropology since the 1980s, David Mosse (SOAS, University of London), known for exploration of studies of international development, cultural psychiatry and global mental health as well as the anthropology of socio-political systems, with a special focus on Indian caste inequalities, and Jonathan Stillo (Wayne State University), whose work examines the field of global health with a strong applied emphasis on reduction of health disparities, specifically with reference to tuberculosis (TB) in Eastern Europe.

The colloquium took place at the representative Neo-Renaissance style chambers of Vila Lanna, the conference center of the Academy of Sciences of the Czech Republic. The event was organized and facilitated by Michal Šípoš and Luděk Brož from the Institute of Ethnology as part of a research program within Strategy AV21 called “Global Conflicts and Local Interactions: Cultural and Social Challenges”. The program is coordinated by Marek Hrubec from The Centre of Global Studies at the Institute of Philosophy, both institutes being part of the Czech Academy of Sciences.

At the opening, Marek Hrubec and Michal Šípoš welcomed all guests and introduced the agenda of the research program, which relate to the issues of subjectivity, violence, and social suffering – explored not only by this international colloquium but other topic related events, such as annual conferences in critical studies. They then opened the floor for the first speaker, the socialite of present day cultural anthropology – Veena Das,¹ whose contribution was titled “The Character of the Possible: Modality and Mood in the Genre of Ethnography”. The author and editor of

¹ As part of the event, Veena Das agreed to a separate interview, included in this *Cargo* issue, that further explains her standpoints in the study of violence and in modern social/cultural anthropology.

classic anthropological titles such as *Violence and Subjectivity* (co-editor, 2000) or *Affliction: Health, Disease, Poverty* (2015), picked the theme of ethnography of realism for this event. Her talk addressed questions such as: How do anthropologists grapple with different modalities of reality when analysing narrative accounts? Can ethnographers distinguish between realization of the possible and the actual? She emphasized the fact that logical and formal possibilities and real possibilities in human experience were different: “The actual and the real cannot be simply collapsed together with the possible,” Das stated, “yet, they are imbraded in everyday life.”

She illustrated her assertion by two cases in point whose presentation showed the mastery of ethnography in identifying the two modalities and synthesising them in the analysis. The first case explored how previously socially sanctioned genre of literature and film exploring Sufi themes concerning gender and inter-ethnic marriage between the Hindu and Muslims have been recently recasted in India as controversial, reflecting the milieu of the rise of nationalistic rethoric. Within this rhetoric historical topics, such as “Hindu women given as brides to Muslims kings” have been re-opened as politically pressing problems. The second case study came from a larger study of social relations and violence in the environment of Indian slums. It concerned a search for a missing young woman who had been abducted, beaten, and sexually abused by her higher-class relatives. While a local police office was contacted, the staff failed to provide any effective assistance to the victim’s family. When the woman managed to escape and attract public attention in the street to which she fled, including a different police station’s officer, the original police issued a report describing their cooperative involvement from the very beginning of the case, eventually leading to a successful apprehension of the villains. When the case was presented at a court (and the in-laws were convicted of crime), the police figured in it as a diligent and competent defendant of the citizens’ rights. Das said that interestingly, but quite logically, the victim confirmed the police’s final narrative. The writings of court documents carried a high social credit, and thus were considered plausible and convincing. The reality of the presented case was re-created and told accroding to them. In this sense, a partucial form of fiction (court document writing) became the actual vis-à-vis an act of legal ratioinalization. “After all,” Das concluded, “ethnographies are often retrospective rendering of what happened and cannot capture everyday life conversations.”

In the social context in which this story happened, violence and female abduction was a part of everyday reality and to register a case with the police was something many families could not afford. Das explained that community leaders in the slums served as important figures in trying to prevent the crime, in colla-boration with (some of the) police officers and the courts. Through the figures of the leaders, the community considered the police officers and judges as diligent and col-

laborated with the law enforcement institutions – seeking as much safety for their daughters as possible in return. Therefore, if the case (did not but) could have happened in the way the court presented, showing the police as a competent agent, the community accepted the official legal judgement as a reality. “The real uses the possible,” Das asserted and added that a part of this process was the fact that, in general, people made agreements on criteria that unabled them to belong to a community and allowed them to be of the same world – a world in which a discussion or disputation “belongs to my world”. Within these criteria, humans gave substance to what was real.

Drawing on her case studies, Das summarized: “For an ethnographer, it is not simply like ‘here are the events’ and you record them. There are the events that are possible (formally or logically) and there are the events that are real. As realism is contextual, you begin to unfold the embrading of the two by studying the social context histories.” Indeed, she found out that the Indian slum’s police diary was written in a way in which some pages were deliberately left blank as they might have been revisited later when a case unfolded. When all gaps filled, a plausible story was produced. “Possibility is explored to the length of actuality,” Das commented and summed up her thesis by stating that “ethnographies often reflect accounts entered by particular forms of rational fictions in which the possible becomes the real”. In her view, rather than accepting a simplistic notion of realism, anthropologists needed to do ethnography of realism – a realization how the possible and the actual shape, rather than collapse into, life.

The second speaker, David Mosse, whose talk was titled “Trauma and Ethical Self-Making after Suicide: The Existential Imperative to Respond”, presented a remarkably intimate, self-reflective exploration of human psychology in the aftermath of losing a child to a suicide. Mosse broke the analysis of autoethnography into three stages. The first analyzed the process of recasting his own *identity* after his twenty-one year old son died. Mosse described this period as marked by inability to experience himself otherwise than through his son and by identity formation that came partly from trying to cope with suffering and partly from disconnection from others. His identity after the tragedy had been bound to dealing with what Mosse termed “the first person moral responsibility” for what happened, including everpresent questioning “what could I have done differently to prevent it?”

The second stage concerned *agency of death* and *personhood*. The author stated that suicide presented death with a different relationship to the living than death caused by an old age or prolonged (physically detectable) illness. It provoked judgments. As such it altered one’s personhood. “It infects the living causing its own spirits and demons,” Mosse explained. He further stated that the one source of moral protection from both the self-blame and the “demons of death” lied in

relational closeness in which he emphasized the role of *narrative*. Narrative as *preservation* of both the self and the others from blame presented the third stage. Mosse explained that the narrative of a personal tragedy followed a certain trajectory: from an animal houl stemming from profound sadness and rage, to silence when tragedy was taken in, to recovering one's place in society through refiguring time and space (creating a new world or continent, as the before-death ones were gone) and learning *to talk about* the event. The impact on overall social life, however, was huge, Mosse shared. He likened it to a social rupture that cannot be absorbed into an everyday life by any means. In closing, the author shared his experience with a peer group therapy, which became the one place where narratives about suicide being spoken became tolerable in a closed public group, a group of survivors. He called it a "moral laboratory", which allowed for emotional uncertainties to be expressed, moral selfmaking be recasted and in which the process of understanding the self after a suicide in the family could take place, including learning to be kinder to oneself.

The contribution was closed by Luděk Brož who thanked the author for an unprecedented intimate ethnographic account and opened the floor for questions, most of which were directed to changes the tragedy meant for Mosse as an ethnographer, his work in India and the local cultural mores attached to suicide. In response, the author talked about the fact that suicide echoed Indian caste system's untouchability and was tabooed in the public discourse. Peer support groups he attempted to coorganize in South India failed. In London, Mosse compared: "Forming a kinship of shared experience of survivors was possible. Despite the large differences in the British survivors, the connection was not precluded as it was in the Indian society." As for being an ethnographer with this particular experience, Mosse held that he was now able to pick up on more subtle, non-verbal cues, such as the apprehensiveness around disclosure of socially humiliating information. Specifically, in both European and Indian society he was very sensitive about asking about one's children, and in the Indian society he became sensitive to the potentiality for the Dalits' background to surface in a public discourse. As far as the impact of anthropology, Mosse did not believe that ethnography could make a fundamental difference in preventing suicide. Paradoxically the peer risk-prevention group, in which he participated, could not either, because risk in life simply could not be fully managed. What ethnography could do, he thought, was to contribute to preventing suicide by informing open-minded doctors and therapists (including epidemiologists researching PTSD, mood disorders, etc.) about the many "missing diagnoses" that needed to be identified not on the psychiatric level, but on the level of social functioning. In other words, we needed to shift our attention from what explained suicide (the outside causes) to what it is that suicide explained. What it indicated about our lives – on individual, family, com-

munity, and citizen level. Veena Das added a comment in the discussion relating to the importance of exploring the semantic space organization around suicide. She pointed out there was a morally charged questioning of the parents – “why was it that the life was not sustained?” – when a young person committed a suicide, but the same morality was not applied to a decision *not to be in the world* when young men and women decided to enlist for a war. When the argument that the person who overdosed “intended to kill himself” was made, she asked how could we know the young soldier did not intend. It was a socially, and indeed politically, made assumption that he did not. Thus different agencies were reflected in the legal language *categorization of death*.

Jonathan Stillo’s talk called “No One Leaves This Place except the Dead: Tuberculosis as a Socially Incurable Disease” was the third and final keynote presentation. The Wayne State University (Michigan, USA) scholar brought the colloquium focus to the applied sphere of anthropology, while digging deep into the researcher’s subjectivity. Stillo first gave a general overview of TB characteristics and prevalence, stating for instance that out the 25 % of the world’s population infected with MTB (*Mycobacterium tuberculosis*), with new infections happening in about 1 % of the world’s population every year, only about 10 % would get an active disease. However, if not treated, statistically every other person died of the infection. TB was the second-most frequent cause of death from infectious disease, with HIV/AIDS taking the lead. It was the number one killer of people with HIV/AIDS. The treatment of the disease required the use of multiple antibiotics over a long period of time. He emphasized that the pressing issue was the increasing rate of people with so called drug-resistant tuberculosis (MDR-TB) and extensively drug-resistance tuberculosis (XDR-TB), and that some 4.1 million people missed out on the access to TB effective treatment.

He confirmed the premise that TB was a “disease of poverty” as the communities exacerbated by social poverty, poor nutrition, and low social mobility were particularly vulnerable to the occurrence of active TB. Stillo stated that some of the so called “developing countries” areas might still engage in the belief that TB could be effectively treated by rest, better nutrition, fresh air and sunlight. However, as Stillo’s study made him realize, poverty and poor physical condition of the patient could not be the only key determinant to look at when researching places such as the institution where he carried out his research since 2010 – the Pines Sanatorium (pseudonym) in Romania.

Built in 1930s, the Pines Sanatorium was the biggest institution in Romania for TB patients. It consisted of a large building complex in the mountains – a geographically isolated spot in the South-East of the country. In 2011 it officially became a “hospital section”. Its capacity was over 800 patients, most likely rarely filled to its

cap. During the speaker's main research, about 200 people were hospitalized due to TB infection in the sanatorium, some of them diagnosed with MDR- and XDR-TB after treated more than three times without success. The original objective of Stillo's research was to carry out a study of biological citizenship among former Romanian industrial workers, in which he would focus on the correlation between poverty and medicalization of social welfare. At first, he stated, his hypothesis was verified by the common discourse of medical staff: "We protect society from them, and they are protected from the society (meaning *poverty*) here," Stillo would often hear. The state health care was substituting the workers' welfare. The reactions collected from the MDs ranged from professional reactions to openly racist statements such as: "The problem is we can't force the fucking Gypsies to take their pills," "they drink too much," "they are uneducated and unable to cooperate," "they live unbalanced, negligent and irresponsible lives, we cannot save them", and "they are non-compliant with the treatment regimen and just waste our time."

At this stage of the research, the speaker developed more intimate relations with a few of the male patients, realizing his own sensitivity being deeply probed by the hopelessness of their cases: Iulian who contracted TB in the 1990s and kept returning to the sanatorium while leaving behind three children and wife without being able to contribute to the family budget, died in 2012 while only in his late 50s. Mircea, in his 60s, was casted out by his family when diagnosed with TB, lived in the sanatorium over 4 years without seeing any of his relatives. Only twenty-one year old Florin, a young man coming from an urban area middle class, whose father was previously treated for MDR-TB. Two months into his hospitalization in the sanatorium he was tested for the same drug resistant type of TB as his father. When the test results came confirming the diagnosis, Florin committed suicide. Tormented by the loss of his son, the father died within months. Stillo shared that during this early stage of his research, he suffered from nightmares and anxiety, often crying himself to sleep over the suffering.

In the second phase of his study, Stillo focused his attention on the treatment effectiveness after one of the young MDs said to him: "I wish one of the patients sued us." Upon Stillo's baffled face expression, the MD clarified: "I've read the international journals, I know what to do... I just need the tools to do it." In 2011, when data reflecting the MDR- and XDR-TB cure effectiveness for the past three years came out, he found out that with the 16 % success rate in the years 2008–2009 and 20 % in 2010, Romania ranked the worst in the world. He realized that poverty could not account for the devastating outcomes. After some investigation, he revealed that in the prolonged regime, the sanatorium patients were typically given only two out of five drugs crucial for MDR- and XDR-TB cure. Furthermore, there was an unnecessary delay in testing for the disease and less than optimal type of testing was used, together causing late start of effective medicine administration.

Stillo could thus assert that basically two problems, two approaches, and consequently two explanations and outcomes were in place in the sanatorium: A discourse embedding unsuccessful treatment in the low social status of the patients, rendering them as “social cases”, labeling the older former industrial workers “the discards of socialism”, and “impossible to cure”; and a second discourse admitting to the Romanian subversion of the health care system. The system resisted more effective testing (such as DNA based tests) and due to corruption and economic situation did not or could not provide the MDs with necessary medications.

Within the first model the medical staff and health care system could not be blamed for the poor treatment outcomes, while in the second one they could. Naturally, it took more open-minded MDs and staff members to engage in the second discourse. Stillo suggested that the discrepancy in the two models also seemed to copy a generational gap, and perhaps a rural vs. urban division in the view of TB treatment. In the past the approach was “to treat but not to cure”, which went along the line of “patients were not curable because they were poor” discourse, but this was not true anymore. Logically then, not just the MDs but also the patients who grew up in the old model had no clear expectations of being cured, but rather treated.

To complicate the matter further, Stillo arrived at what he called “the Iulian Test”. This test reflected the complexity of cases such as earlier mentioned Iulian, who was born and lived a significant part of his active years in communism in a rural area, where TB and other infectious diseases prevention education was non-existent, the jobs were mainly in manual labor, and if falling ill, one could not sustain them even part-time. His pension and disability had been calculated based on extremely low communist-era wages leaving him and his family in profound poverty deepened by the illness, a situation in which paying for private (potentially better quality) medical treatment was out of question. Iulian was a patient with multiple social (and indeed socio-historical) barriers based on which Stillo developed general questions applicable to any national or international case of TB: Could Romania (with the means available – state or private) cure Iulian? If it potentially could, did he have the access to this cure? Could your country provide treatment for such person? Under what circumstances? What is the treatment success rate for patients with multiple social and economic barriers? How well were we reaching the most difficult cases of TB? Applying Paul Farmer’s theory of structural violence in health care delivery, Stillo developed also a series of research questions: While many, if not most, patients in the sanatorium were poor (some abused alcohol, lacked education, were convicts) and the poverty and social factors were clearly visible and easily detectable, were these the reasons why they died? Or looking at them as the primary causes was distracting an ethnographer from the real problem? Or, was it mostly a combination of poverty and the lack of the full spectrum of

antibiotics, testing possibilities, and methods of medication administration in the sanatorium?

These findings turned Stillo to the field of advocacy and activism. Among other things, he contributed to making the critically low success rates more widely publicized, involved high ranking politicians such as Joe Biden and the Romanian ambassador in the US in a week-long marathon of fund-raising to help obtaining unavailable medication for the most serious cases of TB in Romania, found ways to admit some of the most ill Romanian patients to other EU countries' hospitals, and developed a long-term collaboration with Pharma Web Canada. Most importantly, in 2017 he and Nonna Turusbekova published guidelines for decentralization of TB treatment and community-based health care under the title "Romanian Integrated Community Support Services for Tuberculosis",² that aided in Romania coming out of the crisis, bettering national TB control and health – resulting in the cure success rate's rise to the current 34 %. Furthermore, the individuals sent abroad and cured played a crucial role in transition of some of the Romanian doctors from the old discourse (blaming the patients' inability to live healthier lives) to the discourse emphasizing the quality of treatment. For example, a malnourished lady, considered dying of TB in one of the Romanian capital's clinics, was airvaced to Italy, gained 20 pounds and was fully cured of the disease. As a result, Stillo documented several MDs' shift in thinking, recording statements such as: "I was wrong, now I see what is possible by different medical regimen..."

The third talk was concluded with a polemic over the qualities of an anthropologist, such as empathy and the studied "cases" becoming personal. Could we maintain objectivity, or at least the illusion of objectivity in these types of research, and how? Stillo linked empathy to a window that opened an ethnographer's pathway to information that he/she would not otherwise get to. A window one could close when needing to decompress and distance himself/herself. He did not think he could ever fully know how the people hospitalized felt and what levels of suffering they went through but, for instance, if he did not reveal to one of the MDs that he cried himself to sleep most of the nights, he would not have learned the doctor used to as well, and probably would not have the doctor telling him he wished one of the patients would sue the sanatorium.

Stillo admitted that he played the cards of empathy in his audiences during the fund-raising campaigns and overall in his activism. Was this ethically problematic? Once he got involved in activism, another range of ethics-related questions unfolded: "Where does research begin and end? As a researcher you stand alone and it is straight forward, but once you organize donation programs and get

² Available at: <http://stop-tb.ro/wp-content/uploads/2017/05/Romania-Integrated-Community-Based-TB-Support-Services-FINAL-2.pdf>

involved in regulatory issues and national strategies (as a foreigner, outsider), is it still ethical? Should one's work as an ethnographer and an activist be kept separate?" Some of the reaction to the speaker's analysis of subjectivity came from the other keynote speakers asking whether as anthropologists we were not sometimes caught too much in the "objective vs. subjective" spheres of work. What clearly mattered here was lowering the TB prevalence. Veena Das suggested looking into the rates in the rest of the country, comparing community hospitals and clinics' success rates with the sanatorium and the potentially different procedures and see if varied rates existed. In addition, diagnostic delay was according to her a global problem and needed to be studied and compared quantitatively. Analysing one's ability to keep the work objective and the consequences of becoming too personally involved, were perhaps interesting, she said, but not central to the research.

The key note session was followed by an afternoon forum of three local speakers who presented short synopses of their ethnographic work. Jaroslav Klepal from Faculty of Humanities (Charles University, Prague) talked about his research of multiple ontologies of PTSD and their enactments among Bosnian veterans (of the 1992–1995 war) carried out primarily in Tuzla in the years 2006–2012. While summing up the main thesis of his dissertation (stating that medicalization of psychiatric condition into the official diagnosis such as PTSD may be seen as problematic from the sociocultural theories' point of view, but through therapeutic solidarity it gives the veterans political agency and powers preventing them from further mental problems, including suicide – a process Klepal labels therapeutic heroism), he emphasized, similarly to Jonathan Stillo, an analytical approach to his own subjectivity. He described going through periods of disturbing thoughts and mental turmoil when forming his research data into the dissertation draft. He concluded that he inserted this analysis into his work openly, not hiding his emotions behind the lines.

The second research synopsis was by Václav Walach – a member of the Centre for Applied Anthropology and Field Research (CAAT) established by the Department of Anthropology (University of West Bohemia, Plzeň), which explores the themes of social exclusion and inclusion, migration, group identity, human and civic rights, and criminalization and victimization of vulnerable groups. Contrary to his earlier plan to present an official research, Walach chose to present a meta-reflection of a physical assault on him by a former research participant. Walach offered a spectrum of positions or categories vis-à-vis which critical security studies analyze a violence aftermath. He mentioned that a victim was often described as "arrogant" or, on the contrary, "heroic", or a "victim", which aided everyone involved (police, criminalists, courts, MDs, etc.) in not having to deal with the full fledged trauma. The "subject" also adopted these positions. A self-blame

for being “vengeful”, or being “silenced”, or “overanalytical” could also contribute to disguising the trauma, Walach added in commentary to his own feelings after being beaten, which he felt best characterized by “feeling inappropriate”. The theory of critical security studies, and cultural and narrative criminology could thus contribute to therapeutic interventions in cases of physical violence.

Michal Šípoš from the Czech Academy of Science was the third speaker, concluding the afternoon session. He talked about the relation between the researcher and participants (with the experience of violence) in relation to his study of the Chechen-Russian conflict survivors – recipients of asylum in Eastern Poland who dealt with trauma of displacement and hostilities linked to decades of ethnonationalism. He felt like his main role as a researcher was to listen to the participants (speaking, crying, staying in silence, etc.) and preserve and protect their views to be analyzed. The quality of analysis of violence, he asserted, was often enhanced by unexpected experiences that directly or indirectly related to the research itself and that enabled deeper understanding of the participants’ experience – such as providing transportation to the refugees and thus sharing into their immediate situation, or losing a close family member (father, in the speaker’s case) when writing up the research data into an article, dissertation, or a book.

The final discussion that followed the afternoon research synopses presented several interesting points. David Mosse commented that the introduced studies, mainly Stillo and Šípoš’s works illustrated that we were “the instruments” of the research because our experience shaped effective connection (or the lack of) to the collected data and engaged us with the ethnography. Things that happened to us shaped our interpretative abilities and possibilities. In that sense, ethnography was *autoethnography*, added Václav Walach, and as such it was a self-protecting genre, helping us deal with our trauma. Veena Das and David Mosse expanded this idea suggesting that autoethnography, or using autobiographical voice in ethnography, made it a reconciliation genre. After all, what was the 1st person in ethnography trying to do? It reflected how things were “with me”, with the “world I looked at from inside”. Anthropologists, they held, used and created explanatory frameworks based on what mattered to them, identifying things that resonated with them, rendering what was relevant to the self. And, if we were to reverse it, what was the way of preserving oneself in the process of doing anthropological research? Mosse answered the question by stating that if he had to write a narrative of his son’s death, it would only have to be expected that the underlying (and perhaps subconscious) concern would be: “Do I and my son come out of it (for the public) all right?” Das shared a thought that if she were to write up all the record collected in a study, she would have to “write” a picture, a picture that would include reflection of her own life’s colors.

The next question discussed in the final polemic was the one of productivity. How did trauma influence an ethnographer's productivity? His/her ability to keep returning to the trauma capturing fieldnotes that often became traumatizing for the ethnographer himself/herself. Using the example of critical medical anthropology writings of Nancy Scheper-Hughes, the conference speakers mentioned that her nightmares reflecting the traumas of the Brazilian shanty-towns' dwellers increased her publishing productivity. In that sense, dark sides of human minds released something good, similarly to activism for an effective TB treatment presented by Jonathan Stillo, or advocacy by David Mosse for more informed understanding of families that lost a member to suicide.

The international colloquium was concluded by the organizers in the late afternoon hours by thanking the audience for engaged presence, the international guests for captivating and thought-provoking key note presentations, and all the speakers for creating a cordial, yet critical, forum for discussion. In closing, they invited all the guests for the upcoming Critical Theory Conference in May as part of the 26th series of critical studies.

Daniela Mosaad Pěničková

penickova.daniela@vlada.cz

Anglo-American University

<https://www.aauni.edu>

Office of the Government of the Czech Republic

<https://www.vlada.cz/en/urad-vlady>

Petr Květina a kol.: Minulost, kterou nikdo nezapsal

Daniel Sosna

Květina, Petr, Jaroslav Řídký, Markéta Končelová, Pavel Burgert, Radka Šumberová, Ivan Pavlů, Hana Brzobohatá, Olga Trojánková, Petr Vavrečka a Jiří Unger. 2015. *Minulost, kterou nikdo nezapsal*. Červený Kostelec: Pavel Mervart. 656 s. ISBN 978-80-7465-173-1.

Petr Květina s kolektivem vytvořili pozoruhodné dílo, jehož recenze je výzvou. Nejenže se jedná o více než šestisetstránkovou knihu, která již svou fyzickou povahou budí respekt, ale je neobvyklá i svou formou a obsahem. Kniha se pohybuje na rozhraní několika disciplín i žánrů, což ve čtenáři na počátku vyvolá pocit nedjednoznačnosti. Je to odborná kniha nebo popularizace? Jaký byl hlavní cíl autorského kolektivu? Podobné otázky mají tu výhodu, že nutí čtenáře přemýšlet. Rozsah knihy recenzentovi umožnil probírat se obsahem pomalu a nechat výsledný dojem z knihy uzrát. S postupujícím časem sílil pocit obdivu k netradičnímu projektu. Až na samotném konci nezvyklého dobrodružství recenzent našel odpověď na své otázky a snad pochopil i smysl projektu spočívající v překlenutí bariér mezi diskurzními komunitami a jejich praxemi při hledání cesty k pochopení jinakosti.

Jako hlavní odkaz knihy je možné chápat výzkumnou pozici, která vychází z přesvědčení, že porozumění pestrosti lidských společností vyžaduje simultánní pohyb časem a prostorem. Existují společnosti, které se od sociální reality tvůrců knihy odlišují časově nebo geograficky a jejich jinakost je těžko uchopitelná, pokud bychom se pohybovali pouze po jedné ze dvou zmíněných os. Tak jako je slabinou etnografie omezená kapacita pro zachycení dlouhodobých procesů, je slabinou archeologie nebezpečí nereflektovaného porozumění jinakosti bez osobní nebo zprostředkované zkušenosti s geograficky vzdálenými společnostmi. Autorský kolektiv se snaží problém vyřešit prolínáním perspektiv, kdy je čtenář při setkání s konkrétním tématem veden odlišnými místy a časy tak, aby k danému tématu dokázal přistoupit s nadhledem a pokusil se kriticky reflektovat svou vlastní situovanost a předporozumění.

Knihla obsahuje 11 kapitol, které tvoří dva hlavní bloky. První blok vymezuje teoretický základ knihy a představuje především jinakost vymezenou prostorově. Diskutovány jsou zde společnosti zasazené do Cohenovy klasifikační logiky adaptivních strategií. Ve druhém bloku se čtenář setkává především s jinakostí vymezenou časově, což primárně znamená minulý svět neolitických společností. Oba bloky jsou ale heterogenní a obsahují žánrově i obsahově pestré pasáže. Autoři se snaží související informace propojovat bez ohledu na disciplinární nebo žánrovou příslušnost.

První blok začíná beletristicky pojatým úvodem, který má čtenáře vtáhnout do děje a naznačit, že následující text nemusí být suchopárným akademickým popisem, ale může být i rozverným a lehce nedisciplinovaným tokem informací, které propojují svět archaických společností se současností nebo nedávnou minulostí střední Evropy. Je užitečné, že se v prvním bloku vyskytují i rozborů klasických studií a teorií společenských věd, které jsou v českém prostředí méně známé (Clarke, Firth, Ford, Godelier, Hole a další). Jejich popis navíc překračuje obvyklý encyklopedický charakter českých přehledových publikací. Autorský kolektiv prokázal cit pro detail i schopnost zahustit komplikované problémy do podoby přehledných schémat. Zřejmý je navíc i zájem o materialitu, což se projevuje velkým počtem grafických doplňků, které prezentují půdorysy obydlí, vybavení domácností, modely krajin nebo fotografie činností. Zde je cítit silný příklon k etnoarcheologii a její snaze zaznamenávat typy dat, která nutně nemusí být v hledáčku etnografů.

Z pohledu současné sociokulturní antropologie autorský kolektiv pracuje s lehce archaickými přístupy a teoriemi. Pro milovníky ontologického obratu, vícedruhové (*multispecies*) etnografie nebo materiální sémiotiky bude problémem přijmout koncepty kultury, identity nebo reprodukce. Nejvíce je to zřetelné u debaty o příbuzenství, která se v posledních 15 letech posunula do zcela odlišné roviny pod vlivem reakcí na dnes již klasickou revizi příbuzenství Davida Schneidera. Kritickou odezvu u některých čtenářů zřejmě vyvolá i využití konceptu archaické společnosti jako jednotícího rámce knihy. Zde je ale vhodné přiznat, že neproblematické kategorie v rámci klasifikace společností neexistují. Autoři vybrali jeden z nejméně špatných konceptů a ten svému účelu posloužil dobře, protože umožnil hrubé vymezení objektu zájmu. Knihou se obecně nese pragmatický tón, který zpochybňuje ideologii korektnosti a použité pojmy hodnotí perspektivou jejich přínosu pro srozumitelnost a komunikaci s potenciálními čtenáři knihy. U problematičtých konceptů je uvedena i jejich reflexe a důvody pro tu či onu volbu. Je to maximum, které bychom v tak široce rozkročené knize mohli očekávat. Není myslitelné, že by bylo možné seriózně dekonstruovat například koncept kultury, který by vyžadoval podobně rozsáhlou samostatnou knihu, ne-li celou ediční řadu.

Druhý blok začíná představením neolitu a neolitizace na třech kontinentech. Autoři představují teoretické modely neolitizace a poukazují na jejich koexistenci.

Bádání v retrospektivních vědách je zde představeno jako pluralitní projekt, který nemá jedinou vítěznou teorii, ale vícero soutěžících s různou mírou uvěřitelnosti a přesvědčivosti. Je výborné, že autoři do knihy zařadili i informace z recentních výzkumů a snažili se pokrýt širokou geografickou oblast. Přestože jsou debátovány příklady neolitizace v Africe, Evropě a Přední Asii, je vzhled do pestrosti procesu domestikace rostlin a živočichů nutně neúplný. Vzhledem k rozsahu knihy je pochopitelné omezení záběru, ale logika výběru není zcela zřejmá. Východní Asie nebo Amerika vypadly ze zorného pole pravděpodobně kvůli velké vzdálenosti vzhledem k poloze výzkumného regionu autorů knihy. V debatě o průběhu domestikace živočichů mohly být zmíněny i recentní výzkumy domestikace vlka v paleolitu, které rozpoutaly velmi intenzivní a kontroverzní debaty o domestikaci. Navíc to byly výzkumy, které Českou republiku výrazně zviditelnily na globálním vědeckém poli.

V části věnované neolitickým rondelům kniha nabízí přehled významných lokalit a představuje rozličné interpretace tohoto pravěkého fenoménu. Argument o existenci sociální stratifikace je ale představen natolik stručně a je navíc tak kontroverzní, že je obtížné jej přijmout. Antropologické výzkumy již desítky let poukazují na pestrost forem sociální nerovnosti, která nemusí mít nutně stratifikační podobu. Stratifikace je specifická forma nerovnosti, která v klasických modelech Frieda nebo Service vychází z odlišného přístupu skupin obyvatelstva ke kritickým zdrojům a s tím souvisejícím změnám mocenských vztahů. V nestratifikovaných společnostech také existují nerovnosti, a to dokonce i v rovnostářských společnostech. Odlišná je ale jejich povaha a institucionální ukotvení. Severoamerické komunity archeologické kultury Hopewell stavěly monumentální stavby, ale jednalo se o lovce-sběrače a neintenzivní pěstitele plodin, kteří byli schopni výrazného shromažďování a dech beroucích fyzických výkonů a to vše při absenci stratifikace a podle řady autorů dokonce i hodnotářství (*ranking*). Existence monumentální architektury není nutně dokladem existence sociální stratifikace.

Mezi zajímavé argumenty knihy patří teze, že etnická identita vznikla v interakci předstátních jednotek se státem. Stálo by ho za to konfrontovat s archeologickými a historickými prameny. Debata o identitě je fundovaná a poukazuje na komplexní podstatu sledovaného tématu. Na druhou stranu se zdá, že je identita v knize konceptualizována jako něco, co existuje a lze to uchopit z venku prostřednictvím etické perspektivy. Přesvědčivější by byl model, ve kterém je identita uchopena procesuálně jako něco, co „není“, ale co „se stává“ (srov. Ingoldův kontrast mezi *being* a *becoming*). Identifikování je navíc produktem dialektického napětí mezi vnitřní identifikací a vnější klasifikací. Ontologicky identita působí jako reálná záležitost a pokud se zredukuje na substantivně uchopenou kvalitu, není zcela zřejmé, co analytický koncept identity vlastně reflektuje. Proto by bylo relevantnější odstoupit od přemýšlení o identitě jako substantivu a sledovat spíš proces

identifikování se, který má i materiální koreláty a je tedy archeologicky relevantní. Samozřejmě je to perspektiva, která je méně jednoznačná, ale možná právě proto je uvěřitelnější.

Z pohledu formy je kniha neméně zajímavá. Žánrově se text pohybuje od rozverné povídky až k akademickému rozboru sociální teorie. Text je místy hravý a akcentuje narativní rovinu. Právě důraz na sílu příběhu je jednou z velkých předností knihy. Příběhy o potopení Titaniku, bitvě u Little Big Hornu nebo návštěvách etnografů na vysočině Nové Guineje čtenáře výborným způsobem vtáhnou do děje a popustí uzdu imaginaci. Stejně tak úvodní a závěrečná část vytvářejí dva póly příběhu, který čtenáře celou knihou provází. Výrazné osobní styl a uvolněnost ale neprochází celou knihou a je cítit, že různé kapitoly byly sepsány různými autorkami a autory. Na druhou stranu je potřeba vyzvednout schopnost autorského kolektivu vyrovnat se s řadou překladatelských oříšků, kterých bylo díky práci s původní cizojazyčnou literaturou nepočítaně. Nicméně použití populárního pojmu indián není ideální. Sami Američané se mu vyhýbají a užívají obvykle *Native Americans*. Jako méně vhodné se jeví i užívání zdobnělin, které místy snižují odbornost projevu.

Práce s literárními zdroji je rozsáhlá. Vzhledem k ambici zasáhnout i neakademické publikum je v knize použito citování formou poznámek na konci knihy, které laického čtenáře nebudou rozptylovat, ale zájemci si je mohou prostudovat. Užitečné jsou i časté odkazy na informace v jiných kapitolách knihy. Z pohledu akademické rigoróznosti se v knize místy objevuje laxnější citování bez uvedení stran i v případě konkrétních informací z knih, ale vzhledem k rozsahu citované literatury se jedná o drobnosti. U schématu 3.6-1 chybí odkaz na Sahlinse, který zde byl pravděpodobně inspiračním zdrojem. V části věnované cyklu Kula, která se týká směny prestižních předmětů, je problematičtější hovořit o obchodních partnerech a komoditách, které referují k logice trhu a komodifikace. Stejný problém se v knize opakovaně vyskytuje na více místech při popisu směnných cyklů. Zmíněné příklady jsou klasickým příkladem darování, které je v antropologii převážně kontrastováno s tržní směnou. Chybné je i zobecnění, že se na Vysočině Nové Guineje nevyskytovalo dědičné předávání moci, autority nebo prestiže. Právě dědičnost byla jedním z důvodů, proč Maurice Godelier navrhl distinkci mezi lidry typu *Great men* a *Big men*.

Naprosto skvělá je grafická úroveň knihy. Vzhledem k velkému rozsahu a množství grafických doplňků je udržení kvality v celé knize obdivuhodné. Výborné jsou zejména nákresy a schémata, které názorně představují například klasické modely a teorie. Grafické znázornění Sapir-Whorfovy hypotézy je výborným příkladem. Příjemným překvapením bylo i překreslení mapy klanové půdy Hopiů podle klasické monografie Darrylla Forde, kde autorský kolektiv dotvořil topografii terénu v prostředí geografických informačních systémů. V knize se objevují

i originální fotografie z rozličných světových lokalit, které prokazují mobilitu a zkušenosti autorského kolektivu. Kniha je i výborným příkladem propojení klasické formy prezentace v knižní podobě s inovativními technologickými možnostmi. Nejenže autorský kolektiv prezentuje obrázky sofistikovaných digitálních rekonstrukcí pravěkých osad, ale umožňuje i stažení aplikace pro mobilní zařízení, která nabízí virtuální prohlídku neolitické vesnice.

Celkový dojem z knihy závisí na zálibě čtenáře v hypertextovém myšlení. Tematicky je kniha natolik pestrá, pokrývá tolik podtémat a problémů a neočekávaně otevírá nová témata a obzory, že se čtenáři místy může ztratit centrální linie. Zároveň si recenzent klade otázku, zda v knize muselo být opravdu vše a zda by výrazná editace, která by stlačila rozsah knihy na polovinu, celkovému výsledku nepomohla. Autorský kolektiv se jen v teoretické rovině ambiciózně pohybuje od adaptace po etnicitu a od náčelnictví po konceptualizaci kultury. Méně by možná bylo více. Na druhou stranu je kniha i při svém rozsahu překvapivě silná ve smyslu pro detail. To pro recenzenta bylo největším překvapením. Není obvyklé, aby přehledová publikace o sociálním životě rozličných společností čerpala z původní literatury detaily typu vlhkosti vzduchu, kalorické hodnoty potravy, nekonzistence výpovědí pasažérů Titaniku nebo variabilitě nábojnic používaných aktéry bitvy u Little Big Hornu. V této rovině publikace přesahuje klasické přehledové knihy v antropologii a to nejen české, ale i ty zahraniční, které mají často díky tlaku nakladatele a snahy přizpůsobit knihy výuce masových bakalářských oborů značně povrchní charakter.

Publikaci velmi dobře vystihuje úvodní věta vyskytující se v místě obvyklém pro dedikace: „Tato kniha byla napsána navzdory všemu.“ Jednoznačně je odvážným počinem v poklidných středoevropských vodách, které nejsou příliš nakloněny překračování hranic a experimentování. Zkoumání jinakosti je v knize představeno jako robustní projekt, který může být těžko uzavřen rigidními hranicemi. Svým pojetím se kniha hlásí k Binfordovskému pojetí archeologie jako antropologie a těží ze schopnosti propojovat informace pocházející z různých zdrojů a teoretických a metodologických přístupů. Autorskému kolektivu se podařilo organicky projit etnografická a archeologická data tak, aby byly vytvořeny příběhy, které jsou čtivé a zaujmou širší okruh čtenářů. Mezi řádky čtenář cítí odkaz Clarkeovy vize „nedisciplinované empirické disciplíny“, kde právě nedisciplinovanost produkuje zajímavé myšlenky.

Kniha bude provokovat. Akademiky s kravatou a pečlivě zastríženým vousem bude znepokojoovat místy neformální styl, archeology znervózní šířka záběru, jež výrazně překračuje obzory disciplíny, se kterou se často a rádi silně identifikují, historici možná zaskřípou zuby nad úvahami o validitě textových záznamů a sociokulturním antropologům budou některé teoretické úvahy připadat mimoběžné s recentními myšlenkovými proudy. Poznámka o zeslabování role archeologie

v multidisciplinárním výzkumu neolitu je v českém kontextu na pokraji hereze. Podobná míra pokory je v diskurzní komunitě, která zcela nereflextovaně ještě nedávno neváhala šokovat své okolí konferencemi typu „Ve službách archeologie“, velmi neobvyklá.

Autorský kolektiv nám ukázal, že i četba může být dobrodružstvím. Čtenář si může připadat jako Alenka v říši divů, která je vedena roztodivnými světy tvořenými bizarními novoguinejskými oslavami, zámořskými plavbami, neolitickými násilnými střety nebo písněmi Boba Dylana. Při prvotním pohledu na některé z kapitol si recenzent v duchu arogantně pomyslel, že si jen zopakuje informace, které již dávno zná. Jak se mýlil! Užitečné informace včetně drobných detailů se objevily i v důvěrně známých oblastech. Kniha je díky své neobvyklé povaze vhodná pro výuku studentů, laickou veřejnost i profesionály.

Milan Kundera ústy jedné ze svých románových postav počátkem 80. let upozornil na popsané listy papíru, které se v bohaté a prosperující společnosti vrší na hromady v archivech a depozitářích, jež jsou smutnější než hřbitovy. Nikdo do nich nechodí a texty jen tak spočívají ve svém mrtvolném klidu. A to je přesně doba, v níž jsme se ocitli a sledujeme, jak většina současné akademické produkce mizí do stínu depozitářů, aniž by kohokoliv zaujala. Kniha *Minulost, kterou nikdo nezapsal*, je z jiného těsta právě proto, že ve více rovinách vybočuje z běžné publikační praxe. Pokud bychom hodnotu díla vnímali skrze debaty, které otevře, pak se nyní s velkou pravděpodobností setkáváme s publikací, která na pomyslném hřbitově jen tak neskončí.

Daniel Sosna

sosna@eu.cas.cz

Etnologický ústav AV ČR, v.v.i.

<http://www.eu.avcr.cz/cs>

Robert A. Segal: Stručný úvod do teorie mýtu

Nikola Balaš

Robert A. Segal. 2017. *Stručný úvod do teorie mýtu*. Praha: ExOriente. 159 s. ISBN 978-80-905211-3-1.

Po dvou letech přidává nakladatelství ExOriente už třetí přírůstek do své Religio-nistické knihovny. Po *Osmi teoriích náboženství* od Daniela L. Palse (2015) nám tentokrát nabízí *Stručný úvod do teorie mýtu* od Roberta A. Segala, amerického profesora religionistiky, který v současné době působí na univerzitě ve skotském Aberdeenu. Nanejvýš sympatické je, že se nakladatelství ExOriente snaží vydávat překlady aktuálních publikací. Druhé vydání Segalova *Stručného úvodu* vyšlo teprve před dvěma lety v nakladatelství Oxford University Press jako součást známé řady Very Short Introductions. Segalova kniha u nás vychází v překladu Lucie Valentinové. A aby toho nebylo málo, uspořádalo nakladatelství autorovi přednášku na FF UK.

Co nám Segalův stručný úvod nabízí? Segal postupuje ve stejném duchu jako Pals ve svém úvodu do teorií náboženství. Nechce se zabývat ani tak mýty, jako jejich teoriemi. Jak Segal (2017: 18) říká: „Teoretické uvažování o mýtu není otázkou volby, je nevyhnutelné.“ Vždy když se snažíme nějaký mýtus pochopit nebo vysvětlit, vytváříme zároveň s tím nějakou teorii mýtu. Segal se proto snaží čtenářům nabídnout inspiraci a seznámit je s celou řadou rozličných teorií. Říká například, že jednotlivé teorie se liší v tom, jak přistupují ke třem základním otázkám týkajících se mýtu. Jaký je původ mýtu, jaká je jeho funkce a jaké je jeho téma (ibid.: 12). Snad jediné, co je všem teoriím mýtu společné je to, že všechny bez rozdílu dávají do souvislosti mýtus a příběh: „mýtus je příběhem, a všechny teorie, kterými se zabývá tato kniha, také mýtus za příběh považují“ (ibid.: 14). Segal současně nenabízí jen teorie mýtu, ale i metateorii, konkrétněji řečeno – klasifikaci teorií mýtu.

Do klasifikace teorií zavádí Segal, jak se budeme moci opakovaně přesvědčit, dosti sporné rozčlenění. Činí rozdíl mezi teoriemi 19. století a teoriemi 20. století. Mezi ty první řadí teorie, které považují mýtus a vědu za nesouměřitelné, protože

přicházejí s odlišnými výklady přírodního světa (jedná se o teorie J. G. Frazera a E. B. Tylora); mezi ty druhé řadí teorie, které mýtus a vědu za nesouměřitelné nepovažují, protože jak mýtus, tak věda se týkají jiných aspektů lidského života (takto mýtus chápou například teorie C. G. Junga nebo Rudolfa Bultmanna). Mýtus může například dávat odpověď na smysl lidského života. Tím pádem mezi mýtem a vědou ani nemůže existovat konkurenční vztah, neboť věda na otázku po smyslu života odpověď nedává (ibid.: 13). K této klasifikaci se hodí dodat dvě poznámky. Zaprvé, když Segal hovoří o vědě, má na mysli přírodní vědy. Zadruhé, Segal upozorňuje, že chronologické členění nelze příliš striktně uplatňovat (ibid.). Dva představitelé teorií 19. století – E. B. Tylor a J. G. Frazer žili v 19. i 20. století. Nabízí se zde otázka, zda má vůbec smysl na chronologickém základě teorie mýtu klasifikovat.

V závěrečné části úvodu představí Segal čtenáři antický mýtus o Adónidovi. Na tomto mýtu pak v knize postupně jednotlivé teorie demonstruje. V tomto ohledu si Segal zaslouží dvojnásobnou pochvalu – jednak za snahu rozvíjet pedagogicky vstřícný přístup, jednak za to, že se ve svém výběru vyhýbá nadužívanému mýtu o Oidipovi.

Po více než velice slibném začátku, který čtenáře stimuluje ke čtení dalších stránek, se autor v dalších kapitolách postupně pouští do prezentace jednotlivých teorií. Tady ale volí z hlediska koherence výkladu poněkud matoucí strategii, kdy jednotlivé kapitoly pojmenovává „mýtus a náboženství“, „mýtus a rituál“, „mýtus a politické uspořádání“ atd. Neanalyzuje tudíž konkrétní teorie, ale teorie různých autorů seskupuje dohromady podle jejich tématu. Každou kapitolu pak člení do podkapitol podle autorů, kteří mýtus k danému tématu vztáhli. Autorů se v útlé knize objeví více jak třiatřicet a s několika z nich bude mít čtenář kvůli zvolenému členění tu čest setkat se hned na několika různých místech.

Rozhodnutí pojednat o teoriích tímto způsobem má jeden pedagogicky neblahý důsledek. Segal se důkladně nevěnuje jednotlivým autorům a nezasazuje jejich názory na mýty do širšího kontextu jejich tvorby. V pasážích věnovaných strukturalismu Clauda Lévi-Strausse, které všeho všudy dávají dohromady asi osm stran a patří k tomu lepšímu z knihy, se nemá čtenář šanci dozvědět, co to byl strukturalismus a jaké místo v něm zaujímá specifická teorie mýtu. A totéž se děje v případě teoretiků dalších. Přitom si je Segal nutnosti kontextualizace teorií mýtu sám vědom, když říká, že „teorie mýtu jsou teoriemi určité mnohem rozsáhlejší oblasti, než je pouhý mýtus, který je jen jednou z jejích součástí. Například antropologické teorie mýtu jsou teoriemi kultury, *vztaženými* na konkrétní případ mýtu“ (ibid.: 12; zdůraznění původní). Protože Segal jednotlivé teorie mýtu nevykládá jakožto organicky včleněné do mateřských teorií, je výsledkem dost povrchní přístup. Mnohdy to působí tak, jako by z děl jednotlivých autorů vyhledal a podle tematického členění (náboženství, rituál, politika atd.) vedle sebe poskládal všechny

pasáže, v nichž je zmíněn mýtus. Čtenář proto v knize narazí na celou řadu zavádějících a nepřesných tvrzení.

Kdyby například Segal pojednal o Malinowského teorii mýtu v rámci Malinowského teorie kultury, vyhnul by se tvrzení, že „Malinowski nikde neobjasňuje, zda kromě primitivních lidí mají mýty i lidé moderní“ (ibid.: 128). Klíčovým pojmem je zde pojem charty, který zahrnuje pojem mýtu (Malinowski 1992: 144). Ten je součástí Malinowského institucionální analýzy, již lze užít jak v případech společností méně komplexních, tak v případech společností současných (Malinowski 1960: 47ff).

Totéž platí u Tylora s Frazerem, kdy Segal (2017: 33) tvrdí, že ani jeden z nich nevysvětlil, proč se moderní lidé stále dovolávají mýtu a náboženství. Minimálně u Tylora by se šlo odvolat na koncept přežitků (srov. Pals 2015: 42–43).

U Tylora s Frazerem ještě zůstaneme, protože u nich se slabiny Segalova výkladu projevují s větší naléhavostí. Segal (2017: 27, 28) zdůrazňuje, že pro oba zmíněné byl mýtus s vědou v rozporu, a to kvůli konkurenčním výkladům přírodních jevů. Tvrzení o rozpornosti je ale jen částečně pravdivé. Mýtus s vědou v rozporu nejsou v tom ohledu, že se snaží vysvětlit dění v přírodě. Bezrozpornost obou rovněž pramení z toho, že jak mýtus, tak věda jsou produktem stejného myšlenkového postupu. Tylor a Frazer jsou v tomto ohledu dědici britského empirismu a pracují s postulátem univerzální lidské mysli (srov. Pals 2015: 41, 46–48, 53; Gellner 1999: 34). Ani v tomto ohledu mýtus v rozporu s vědou není.

Vrátíme-li se k Segalově dělení na teorie 19. a 20. století, máme v případě Tylorovy a Frazerovy nauky k dispozici hned tři různá kritéria toho, jak hodnotit souměřitelnost a nesouměřitelnost mýtu a vědy: (1) z hlediska toho, jaké poznání o svém předmětu zájmu nabízejí; (2) z hlediska toho, co vůbec je jejich předmětem zájmu; (3) z hlediska způsobu, kterým dosahují poznání. Proč Segal pro svoji klasifikaci teorií mýtu zvolil kritérium první, a nikoliv druhé, nebo třetí? Jak nám pomůže právě první kritérium problematiku teorií mýtu lépe pochopit? Na to čtenář odpověď nedostane. Zvolené kritérium se proto jeví jako nahodilé.

Celou věc můžeme navíc zvolením odlišných kritérií obrátit a ukázat, že teorie 19. století naopak ukazují na souměřitelnost mýtu s vědou, protože mýtus i věda mají stejný předmět zájmu – to jest snahu člověka pochopit, poznat, popsat nebo vysvětlit přírodní jevy (bod 2). Navíc se neliší ani co do způsobu poznávání, protože lovce sběrače a moderní vědce pojí univerzální lidská mysl fungující podle jistých principů (bod 3). Naopak teorie 20. století z tohoto úhlu pohledu vycházejí z nesouměřitelnosti mýtu a vědy, neboť ty vyvstávají z úplně odlišných lidských impulsů a nedávalo by vůbec smysl je srovnávat. Čtenář nechť popustí uzdu představitosti a podle libosti si zvolí kritéria svá.

V knize se dále objevuje řada nepřesností. V sekci věnované Karlu Raimundu Popperovi Segal tvrdí, že „Popper se s Tylorem rozchází ještě ostřeji než Horton“ (2017: 41). Následně ještě Segal doplní, že Tylora Popper nikdy necituje (ibid.).

Čtenář nabývá dojmu, že Popper Tylora znal, nesouhlasil s ním, ale naschvál ho nikde necitoval. Toto je ale dost zvláštní naznačení, které dává v kontextu Popperova díla pramalý smysl. Popper se zabýval úplně jinými problémy než teorií kultury a náboženství a cílem jeho polemik byli jiní myslitelé. Když pomineme fakt, že byli po patnáct let současníky, mezi Popperem a Tylorem styčný bod samozřejmě existuje. Tím je jejich odlišný postoj k empirické epistemologii. Zatímco Tylor pracoval s postuláty britského empirismu, Popper se vůči této tradici vědomě a kriticky vymezoval. Kdyby Segal rozebral jejich teorie, mohl by Poppera proti Tylorovi snadno postavit a ukázat, že se ani nemuseli znát na to, aby spolu nesouhlasili. Takto se omezuje jen na zavádějící konstatování o jejich vzájemném vztahu.

Vzhledem k Popperovi a Tylorovi by si víc prostoru v knize zasloužil Robin Horton, který se ve svém přístupu otevřeně hlásí k Popperově filosofii vědy a snaží se ji skloubit právě s Tylorovým přístupem k náboženství (Horton 1967a; 1967b; 1968). V Segalově zavádějící dikci si Horton pouze *půjčuje* terminologii Karla Poppera (2017: 40). Čtenář se může nahlédnutím do Hortonových textů sám přesvědčit, nakolik si Horton pouze *půjčuje* Popperovu terminologii (viz např. Horton 1967b: 182). S pomocí Popperových myšlenek se Horton ve svých spisech například snažil ukázat, proč má v tradičních společnostech Popperova falzifikace zúžené pole působnosti (Horton 1967a: 175–176).

A takto by se dala rozebrat jedna kapitola za druhou, odstavec za odstavcem, tvrzení po tvrzení. Kromě povrchního zacházení s teoriemi se v textu objeví řada výroků, které vůbec nesouvisejí s rozvíjeným výkladem – například tvrzení o vzájemné souvislosti ideologie a moderních mýtů o sociálních jevech (Segal 2017: 129) nebo tvrzení o postmoderním zpochybnění úcty k vědě (ibid.: 139).

Špatný dojem nakonec nevytěšuje ani závěr, v němž se Segal vrací k rozlišení na teorie 19. a 20. století. Jak už bylo řečeno, pro ty první byl mýtus neslučitelný s vědou, pro ty druhé byl naopak s vědou slučitelný. V závěru přidává ještě teorie 21. století, pro které „otázka zní, zda je mýtus možné vrátit do světa přírody zpět, aniž bychom jednoznačně odvrhli vědu“ (ibid.: 140). Segal bohužel neuvádí žádného teoretika mýtu 21. století. Není moc jasné, co ho k formulaci otázky přivedlo. Proč právě to by měl být v 21. století problém hodný badatelského zájmu? Nicméně se otázku snaží řešit na příkladu teorie Gaia od Jamese Lovelocka. Tady však podniká logicky chybný krok. Sám Lovelock neříká, že hypotéza Gaia je mýtem (pokud to Lovelock tvrdí, tak to Segal nikde nezmiňuje). Segal ale k Lovelockově vědecké hypotéze přistoupí jako k mýtu (ibid.: 141), aby se následně pokusil zjistit, nakolik je věda s mýtem kompatibilní. Segalovi tu uniká, že problém je čistě konceptuálního rázu. Pokud vědeckou teorii ztotožníme s mýtem, nedává pak smysl pít po tom, nakolik je vědecká teorie s mýtem kompatibilní. Problém tu zmizí jako pára nad hrncem. Možná by šlo otázku zformulovat ještě jinak. Stačilo by si vzít jakýkoliv mýtus a ukázat, že tento mýtus symbolicky vyjadřuje totéž, co nějaká

teorie tvrdí doslovně. Nebyl by například žádný rozpor mezi doslovným tvrzením, že střídání dne a noci je výsledkem rotace Země okolo své osy, a symbolickým tvrzením, že se duch Noci střídá o vládu s duchem Dne. Symbolickou tezi ale Segal rovněž připisuje Frazerovi (ibid.: 73, 140), aniž by ho řadil mezi teoretiky 21. století (jak víme, chronologické členění nebere sám Segal striktně, takže nám v takové klasifikaci Frazera nic nebrání). I proto se zdá, že otázka je pro Segala položena jinak: Lze v 21. století vzájemně přizpůsobit doslovný (nikoli symbolický jako např. u Frazera) výklad mýtu doslovnému výkladu vědy? Segal sám nenabízí žádná vodítka k řešení problému. Na takhle položenou otázku nechť si čtenář udělá názor sám. Tedy pokud bude vůbec schopen ji z nesrozumitelného výkladu sám vydestilovat.

Kulantně řečeno, kniha se moc nepovedla. Je to přitom velká škoda, protože Segal zmiňuje celou řadu autorů, kteří nejsou tradováni jako kanoničtí myslitelé a nejsou zpravidla zařazováni do přednášek o teorii náboženství. Jedná se například o René Girarda, Alana Dundese nebo o zmíněného Robina Hortona. Není pochyb o tom, že specifický formát stručného úvodu si vyžaduje omezení rozsahu nemožujícího plně rozvinout adekvátní výklad. Jako protipříklad se ale hodí uvést úvod do Wittgensteina od A. C. Graylinga. Graylingův Wittgenstein původně vyšel ve stejné řadě jako úvod Segalův a byl též přeložený do českého jazyka (Grayling 2007). Tam, kde Grayling nabízí elegantní a srozumitelný úvod do Wittgensteinova myšlení pro začátečníky, tam Segalova kniha v případě teorií mýtu selhává. Už z jejího titulu je ale jasné, že právě to by mělo být jejím posláním.

BIBLIOGRAFIE

- Gellner, Ernest. 1999. *Rozum a kultura: historická úloha racionality a racionalismu*. Brno: CDK.
- Grayling, Anthony C. 2007. *Wittgenstein: průvodce pro každého*. Praha: Dokořán.
- Horton, Robin. 1967a. „African Traditional Thought and Western Science. Part I. From Tradition to Science.“ *Africa: Journal of the International African Institute* 37 (1): 50–71.
- . 1967b. „African Traditional Thought and Western Science. Part II.“ *Africa: Journal of the International African Institute* 37 (2): 155–187.
- . 1968. „Neo-Tylorism: Sound Sense or Sinister Prejudice?“ *Man* 3 (4): 625–634.
- Malinowski, Bronislaw. 1960. *A Scientific Theory of Culture and Other Essays*. New York: Oxford University Press.
- . 1992. *Magic, Science and Religion and Other Essays*. Long Grove: Waveland Press.

Pals, Daniel L. 2015. *Osm teorií náboženství*. Praha: ExOriente.

Segal, Robert A. 2017. *Stručný úvod do teorie mýtu*. Praha: ExOriente.

Nikola Balaš

balas.nikola@gmail.com

Fakulta humanitních studií

Univerzita Karlova

<https://fhs.cuni.cz>

Editor-in-Chief

Zdeněk Uherek (Charles University, Prague)

Editorial Board

Tatiana Bužeková (Comenius University in Bratislava)

Hana Červinková (University of Lower Silesia, Wrocław)

Jakub Grygar (Charles University, Prague)

Ema Hrešanová (Charles University, Prague)

Jaroslav Klepal (Charles University, Prague)

Bob Kuřík (Charles University, Prague)

Adéla Souralová (Masaryk University, Brno)

Edit Szenássy (Charles University, Prague)

Editorial Advisory Board

Michał Buchowski (Adam Mickiewicz University of Poznań and Europe-University Viadrina, Frankfurt / Oder)

Chris Hann (Max Planck Institute for Social Anthropology)

Haldis Haukanes (University of Bergen)

Krista Hegburg (United States Holocaust Memorial Museum)

Martin Kanovský (Comenius University in Bratislava)

Marcin Lubaś (Jagiellonian University, Krakow)

Janusz Mucha (AGH University of Science and Technology, Krakow)

Alexandra Schwell (University of Vienna)

Maruška Svašek (Queen's University Belfast)

Technical Editor and Layout

Jan Kapusta (University of Hradec Králové)

Cargo Website Manager

Jan Beseda (Charles University, Prague)

Cover

Matěj Macháček (<http://matejmachacek.com>)

Proofreading

Benjamin Cope, William Douglas Kingsland, Václav Tomek and Mária Sekulová