

Darja Zaviršek

»ČE VIDIŠ DUHOVE, POVEJ LJUDEM!«

NEKAJ MISELNIH MODELOV V ANTROPOLOGIJI ZDRAVJA

Antropologinja, ki vstopi v novo kulturo, bo pogosto ugotovila, da so ljudje, ki so prvi pripravljeni govoriti z njo in s katerimi bo tam morda preživela ves svoj čas, ljudje, ki so na obrobju svoje lastne kulture.

Laurie Krieger

UVOD

»Če vidiš duhove, povej ljudem!« je nasvet, ki ga mladi Eskimi dobivajo od starih. V zahodno- in srednjeevropskem miselnem sistemu govori ta stavek o tradicionalnih verovanjih in zdraviteljstvu, o duševnem zdravju, skupnosti in pripovedovanju — torej o elementih antropologije zdravja kot miselnega modela. Ta temelji na prepričanju, da pojmovanja zdravja, bolezni, duševnega zdravja in norosti variirajo glede na kulturo, v kateri se pojavljajo. Preden pa to trditev podrobneje razčlenimo, si oglejmo pojme, ki nas do nje šele pripeljejo.

Čeprav je Roger Keesing (1993) v svojih poznih tekstih očital antropologiji »izumljanje« drugačnosti, ki naj bi izviralo iz zahodnjaškega »hrepenenja po alternativah«, antropologija zdravja ne more mimo temeljnih konceptov, kot so heterološkost, kulturni relativizem, holizem in medkulturne primerjave.

Koncept heterološkosti poudarja drugačnosti onstran hierarhičnih klasifikacij in negativnih vrednotnih konotacij tistega, kar je na desni strani binarnega para. Heterološkost je pogoj za to, da prepoznamo etnocentrizem in kategorialne zmote, ki izhajajo iz prenašanja evropskih konceptov dobrega zdravja na druge dele sveta.

S heterološkostjo sledimo *kulturnemu relativizmu*, ki zavrača univerzalne koncepte in

»naravne« oblike človeškega življenja. Namesto njih vpeljuje heterologija kontekstualno razumevanje pojavov, procesov in dogodkov, ki so dojeti v okviru vrednotnega sistema določene osebe. Vrednotni sistemi ljudi temeljijo na njihovih osebnih izkušnjah, same vrednote pa so nekaj relativnega. Poimenovanja postanejo imena, ki imajo zgodovino. Še tako osmešena potreba antropologije po iskanju drugačnosti in po kulturnem relativizmu je vendarle posledica ne le rado-vednosti tistega, ki išče, temveč tudi prav posebno praznovanje Drugačnosti. Takšno raziskovanje zahteva pogled na kulturo-v-kontekstu in pogled na človeka-v-okolju. Gre za *holistično pozicijo*, ki stremi k razumevanju pojavov v njihovi celostnosti in pogosto zahteva več kot eno teorijo in več kot eno znanost.

Medkulturne primerjave, katerih kraki se raztezajo v smeri epidemioloških kvantitativnih študij, kvalitativnih terenskih raziskovanj in študij primerov, temeljijo na poglobljenem raziskovanju kultur, da bi jih bilo mogoče primerjati. Prežechi nevarnosti kategorialnih zmot in etnocentričnih sklepov se lahko izognemo, če znamo razlikovati kulture, ne da bi jih pri tem tudi hierarhično razvrščali. *Kultura* ne nosi v sebi nič naravnega, temveč je socialna konvencija, torej »načrt obnašanja in ne obnašanje samo« (RACK 1991: 13). Klasična Taylorjeva definicija kulture kot celote znanj, verovanj, umetnosti, morale, zakonov in navad, ki si jih človek kot oseba v družbi pridobi, je torej le načrt za obnašanje, je »vzorec za obnašanje« (MINNICH 1993: 32).

Kultura je torej določen vrednotni sistem, po katerem vrednotimo drugo kulturo. Kulture so »dobre« ali »slabe« le glede na vrednote

moje lastne kulture. Če pa smo prepričani, da je prav naša kultura mera za tisto, kar ljudje počnejo in v kar verjamejo, da bi pojasnili svoj svet in smisel svojega življenja, smo na poti *etnocentrizma*. Etnocentrizem kot prepričanje, da je naša kultura najboljša ali vsaj najprimernejši način, na katerega naj ljudje živijo, nas po poti redukcionizmov privede do rasnih diskurzov in samega rasizma.

Človek-v-okolju pa je določen tudi prek svojega telesa, torej po biološkem spolu, barvi kože in telesnih posebnostih. Na vse to se pripenjajo določeni socialni atributi, ki v maniri razvrščanja (ki ga dobro poznajo psihosocialne službe, kadar služijo državi) kategorizirajo različne telesne znake. V kulturi torej ne živimo kot Človek, temveč kot osebe, ki smo določeni prek spola, barve kože in drugih vidnih telesnih znakov. V kulturi živimo kot ženske in moški, s temnejšo ali svetlejšo kožo, s fizičnimi posebnostmi. Antropologija zdravja zato ne more niti mimo gornjih konceptov niti mimo diskurzov o *telesu* in o *spolih*.

NEKAJ TEZ

Antropološki študij zdravja nas tako pripelje veliko globlje od bolezni različnih kultur. Vpelje nas v način, kako ljudje dojemajo svet, v značilnosti človeških socialnih sistemov in vrednot, v dojemanje vsakdanjih nezadovoljstev in v manifestiranje bolečine. Antropologija zdravja ni le pogled na zdravje in bolezen kot ekstremni stanji istega kontinuma, temveč je pogled na določeno družbo, na kulturo ali skupnost kot celoto.

Zdravje, bolezen, duševno zdravje in norost so kategorije političnih diskurzov, oziroma, če parafraziram Arthurja Kleinmana, tudi model sistema zdravstvenega skrbstva je kulturni sistem kot vsi drugi.

Spomnimo se zgodovinskih obdobj, ko je veljalo prepričanje, da je bolezen *sankcija* za napačna ravnanja. V teh diskurzih se je socialni red izenačil z moralnim redom, človek pa je bil kaznovan z boleznijo. Zdravje je bilo politična in moralna vrлина. Po tem prepričanju so bile v zgodovini ženske pogosto kaznovane z boleznijo zaradi svoje nemoralnosti. Z »boleznijo slabe morale« (na primer histerijo) so bile v 19. stoletju kaznovane prostitutke,

samske ženske, umetnice in upornice. Bolezen pa je bila tudi *deviacija*, posledica odstopanja od vladajočih norm, in je kot politični koncept delovala na podoben način.

Antropologija zdravja torej raziskuje tako osebno kot politično področje, manifestacije zdravja in duševnega zdravja v različnih družbah, tradicionalne načine zdravljenja in simbolna verovanja, pa tudi obrazce za obnašanje človeka, ki trpi.

Zdaj pa si oglejmo temeljne teze, ki tvorijo ogrodje antropologije zdravja:

1) Ljudje povsod po svetu izražajo nezadovoljstvo in trpljenje, zato je manifestiranje človeških stisk univerzalni človeški fenomen.

2) Način, na katerega ljudje izražajo svoje stiske, je odvisen od kulture, v kateri se človek nahaja, in od pripadnosti spolu.

3) Problem duševnega zdravja je v antropološkem kontekstu problem drugačnosti.

4) Norost je relacijski koncept, saj tisto, kar velja v našem kulturnem vzorcu za norost, ne zdrži medkulturnih primerjav.

5) V nekaterih kulturah je vprašanje dobrega zdravja problem vse skupnosti, v lajšanju trpljenja je udeležena vsa skupnost.

6) Tradicionalno zdraviteljstvo temelji na izkušnji lastnega trpljenja in na vokaciji za zdravljenje drugih.

7) V nekaterih kulturah ljudje osebno nezadovoljstvo in trpljenje pogosteje somatizirajo, v drugih pogosteje psihologizirajo.

8) Zdravniki imajo v različnih kulturah različne razlagalne modele za bolezni, zdravje, duševno zdravje in norost. Njihovi razlagalni modeli se razlikujejo od tistih, ki jih ima oseba, ki trpi.

9) Izkušnja bolečine je odvisna od kulture, in tudi sam fenomen bolečine je določen s kulturo.

NOROST KOT RELACIJSKI KONCEPT

Številne antropologinje in številni antropologi so poudarjali, da norost ni »naravna« kategorija in da lahko določeno vedenje definiramo kot norost le glede na kulturne vzorce, ki veljajo v tej kulturi. Vesna Godina je leta 1992 na okrogli mizi »Antropologija in norost« poudarila, da ima »norosti« tudi v našem kulturnem vzorcu ta status šele približno zadnjih

200 let«. Nekatero kulture se z očmi Evropejcev zdijo izrazito »nore« in druge romantično »zdrave«. Kultura torej ne oblikuje le načine ravnanja s stisko, temveč tudi razlage takih ravnanj. Med ameriškimi in afriškimi tribalnimi skupnostmi so glasovi, ki jih slišijo posamezniki in posameznice, del *kulturnega vzorca za obnašanje* v določeni skupnosti. Interpretacija tega kot norosti je lahko iz zahodnega pojmovnega sistema zanesljiva, vendar za omenjene tribalne skupine neveljavna. To nas spet pripelje do vprašanja kategorialnih zmot, ki temeljijo na prenašanju zahodnih modelov diagnosticiranja duševnega trpljenja v druge kulture.

Slavna antropologinja Ruth Benedict v svoji znani knjigi *Patterns of Culture* (1935), kjer je kulturni relativizem postavila za enega od stebrov antropologije, omenja različne oblike izražanja žalosti in frustracij, ki lahko pripeljejo do kategorialnih zmot znotraj zahodnih miselnih modelov.

V vseh skupinah ljudi lahko prepoznamo sorodne oblike različnih reakcij na frustracijo in žalost: njeno prezrtje, njeno neomejeno in nezatrto izražanje, zahteve po pravičnosti, kaznovanje žrtve, zahteve po ponovni vzpostavitvi prejšnje situacije. V psihiatričnih dokumentacijah naše družbe so nekateri izmed teh impulzov prepoznani kot slabi načini ravnanja s situacijo, nekateri kot dobri. Za tiste, ki so slabi, pravijo, da peljejo v bolezen in norost, dobri pa v ustrezno socialno funkcioniranje. Jasno je, da ni nobene korelacije med vsakovrstnimi »slabimi« tendencami in nenormalnostjo v absolutnem smislu. Želja, zbežati stran od žalosti, pustiti jo za seboj za vsako ceno, ne vzgaja psihotičnega obnašanja, kjer je, kot na primer med Puebli, to določeno z institucijami in podprto z obnašanjem skupine. Puebli niso nevrotiki. Njihova kultura daje vtis, da goji slabo duševno zdravje. Podobno je v psihiatrični teoriji, ki izhaja iz naše lastne civilizacije, paranoidno vedenje, ki se tako nasilno izraža med Kwakiutli, znano kot skrajno »slabo«; to pomeni, da na različne načine vodi k razpadu osebnosti. Vendar gre le za posamezne Kwakiutle, ki jih povezuje to, da puščajo svojemu vedenju kar najsvobodnejši izraz; to so vodje kwakiutlske družbe, ki v svoji skupnosti najdejo največjo izpolnitev. (BENEDICT 1971: 185-186.)

Danes lahko občudujemo navedeno ugotovitev, ki je blizu aktualnim stališčem o duševnem zdravju. Za Ruth Benedict je bilo pomembno, kaj se zgodi s tistimi, ki se jim ne posreči prilagoditi kulturnim vzorcem, v katerih živijo. Kot lucidno zapiše:

Vprašanje psihiatrije so prepogosto nadomestili tako, da so zastavili nespremenljivo listo simptomov, namesto da bi raziskovali tiste, katerih značilne reakcije so zanikale vrednote njihove družbe. (*Ibid.* 1971: 186.)

Vprašanje norosti postane torej v antropološki perspektivi vprašanje *razkola med vzorcem obnašanja, ki je neki osebi blizu, in družbeno veljavnim kulturnim vzorcem*.

NE MOREŠ BITI ŠAMAN, ČE SE NE SREČAŠ S SMRTJO

Antropologi in antropologinje so v tradicionalnejših kulturah našli načine za manifestiranje stiske, ki so bili zelo specifični za manjša kulturna okolja, njihova imena pa so izhajala iz jezika lokalnih skupin. To so poimenovali *kulturno vezani sindromi* (*culture bound syndromes*). Koncept kulturno vezanih sindromov je pojasnil, kakšna je osebna in socialna funkcija trganja oblačil, poblaznelega skakanja okoli koč, teka po ledu in snegu in podobnega nenavadnega obnašanja. Pojasnil pa je tudi vprašanje, zakaj je »izguba duše« (*susto*) značilna za Srednjo in Južno Ameriko in ne za Evropo, kjer najdemo kot kulturno vezan sindrom anoreksijo (*anorexia nervosa*) in bolečine v glavi (migreno). Pojasnil je, zakaj je tekanje po ledu značilno za Eskime (*pibloktoq*) in ne za avstralske domorodce (*cf.* ZAVIRŠEK 1993).

Način ravnanja s posameznikovo stisko se v tem kontekstu razširi na vso skupnost. Izražanje nezadovoljstva je javno, vanj se vpletejo različni ritualni postopki, zato da bi se na simbolni ravni vzpostavilo porušeno razmerje med osebo in skupnostjo. Ker se stiska manifestira prek telesa in ker oseba uporablja telo na ritualen-gledališki način z udeležbo gledalcev, je torej telo simbolna zveza med osebo in skupnostjo. Ritualizacija izražanja stiske in tudi ritualizacija zdravljenja nujno zahtevata udeleženo celotno skupnost.

V teh ceremonijah sodelujejo praviloma tudi *tradicionalni zdravitelji*. Beseda šamanizem izhaja iz sanskrtskega izraza *šaram*, kar pomeni ogreti se in prakticirati trpkost. Kot je poudarila Irena Weber na okrogli mizi »Antropologija in norost« leta 1992, šaman ni le tisti, ki zdravi, temveč je lahko tudi videc, vizionar, najpomembnejše pa je, da je tisti, ki je obvladal smrt. Postati šaman je posledica globoke izkušnje bolezni, izkušnje transcendence, neke vrste uspešno prestane preskušnje. Šele to, da premaga hudo bolezen, trpljenje ali smrt, »naredi« šamana, ki lahko po načelu tradicionalne magije, da »podobno izzove podobno«, sam postane zdravitelj bolezni ter hudih telesnih in duševnih stanj. Šele tisti, ki je ozdravil sebe, je lahko zdravitelj, je posvečen v skrivnost zdravljenja.

Nekatere kulture poznajo šamanke, kot na primer kalifornijska indijanska skupina Shasta (BENEDICT 1971), kjer ljudje verjamejo, da so samo ženske posvečene v take prakse in zato uživajo v skupnosti izjemno mesto. V Mehiki poznajo *curandere*, ki so lahko ženske in moški. Sposobnost šamanke/šamana je tudi v tem, da zavzema mesto mediatorja med dvema svetovoma, totranskim in onotranskim, med sferami božjega in sferami človeškega. Šaman je mediator, saj prehaja različne ravni, je prenašalec sporočil in vizionar. Stvar kategorialne zmote pa bi bila, če bi ekstatična šamanska stanja enačili s psihozo, njegovo sposobnost za pogovarjanje z glasovi pa z norostjo.

V zahodni medicini opravlja delo mediranja *medicinska sestra*. Razlika med tradicionalnima vlogama šamanke in medicinske sestre je, da je slednja polna protislovij in dvoumnosti. Njena glavna naloga je skrb. Zaradi dvoumne vloge ženske v hierarhiji medicinskega poklica, ki je s profesionalizacijo postal moški poklic z androcentričnimi stališči in ravnanji, se njeno delo dojema kot poklic in kot materinsko negovanje. Medicinska sestra je dolžna negovati paciente in hkrati opravljati dela iz vrst hišnega gospodinjstva (pripravlja kavo, oblači in streže zdravnikom, pripravlja delovno orodje). Ronald Littlewood poudarja (1991: 154), da si pacient/pacientka in medicinska sestra na simbolni ravni delita specifične ženske poteze: družbeno pripisane spolne vloge, ki niso neposredno povezane z biološkim

spolom, temveč z domnevno »naravnimi dejstvi« biološkega spola. V simbolnem smislu ima pacient, ki je pasiven in v odnosu do moškega zdravnika podrejen, attribute ženskosti.

Mediatorska vloga medicinske sestre, na katero je opozorila Jenny Littlewood (1991), se kaže v prehajanju od sveta medicine k svetu laikov (pacientovih sorodnikov) in nazaj. Je mediatorica in zagovornica pacienta/pacientke v biomedicinski obravnavi, je prevajalka sporočil med laiki in eksperti. Njena mediatorska vloga pa se nanaša tudi na njeno pomoč pri redefiniciji časa in prostora, ki ju mora začeti živeti pacient/pacientka. Vstop v medicinsko obravnavo v zahodni medicini pomeni, da človek vstopi v normativni prostor institucije. Hujša ko je bolezen, strožje je definiran dovoljeni prostor pacienta. Človek vstopi v novo organizacijo časa, kjer individualni čas zamenja institucionalni čas, naloga medicinske sestre pa je, da človeka seznani z novimi časovnimi sekvencami (obroki, vizitami, obiski).

Drugi tip prehajanja je povezan z odstranjevanjem ekskrementov in podobnimi delovnimi opravili, ki so blizu človeškim izločkom. Ekskrementi so, kot je poudarila že Mary Douglas (1966), stvar zunaj prostora in reda, so stranski produkt reda. Ekskrementi imajo položaj vmesnega člena, nečesa na prehodu: so del človeka in hkrati niso del človeka, prehajajo iz notranjega področja osebe v zunanji svet. Ker jih zaznamuje prehodnost, so tabuizirani. Med obema sferama je telo, ki je, kot smo že spoznali, simbolna vez med osebo in zunanjim svetom.

Paradoks pa je v tem, da so medicinske sestre nositeljice beline, čistosti in neokuženosti. V nacističnem imaginariju so bile upodobljene kot angeli, kar je že samo po sebi paradoks, saj se ukvarjajo z mejnim, z najbolj okuženim (ekskrementi bolnikov so v simbolnem smislu dvojno okuženi). Prav simbolna čistost jih varuje pred okužbo, pred umazanijo.

Analogijo med šamanom-mediatorjem in medicinsko sestro, ki v zahodni medicini opravlja izjemno pomembno vlogo, ne da bi bila ta tudi prepoznana kot pomembna, lahko utemeljimo na treh ravneh mediranja:

- prehaja od prostora telesa k prostoru ne-telesa, ekskrementov (varuje in čisti telo, pomaga nadzirati meje);

- prehaja od sveta pacientov do sveta ekspertov (prevaja ekspertni jezik v laičnega, temelji bolj na izkušnjah kot na znanstvenih definicijah);

- prehaja med človekom, ki prevzame vlogo bolnika, in ljudmi, ki niso prevzeli te vloge (je dostopna za svoje in omogoča druženje).

Močno mediatorsko vlogo ima medicinska sestra v Indiji (SOMJEE 1991). Potrebna je takrat, ko je nekdo zares »hudo bolan« (*very ill*), njena naloga pa je, da pacienta/pacientko posluša in opogumlja. Na simbolni ravni njun odnos ni podoben odnosu mati-otrok, kakor je pogosto v zahodnih kulturah, temveč gre za odnos odrasli-odrasli.

Na Japonskem se koncept medicinske sestre približuje zahodnemu, saj vsebuje tako nadzorovalne kot materinske kvalitete (HENDRY, MARTINEZ 1991). Pojem, ki označuje medicinsko sestro, je *kangofu*, kar pomeni gledati na nekoga, paziti, motriti; biti pozoren na kaj; imeti izkušnje; obravnavati; skrbeti; pomagati; imeti sočutje in usmiljenje; imeti znamenje ali vizijo. *Kangofu* je sestavljen iz besede *go*, ki pomeni braniti, varovati, držati, ubogati, opazovati; biti zvest komu; biti odkrit s kom. *Fu* pa pomeni žensko ali ženo (*ibid.*: 64).

Koncept kontaminacije pa se (v nasprotju z zahodnim) razteza tudi na medicinske sestre same. Ljudje verjamejo, da se medicinske sestre pogosto okužijo od pacientov. To je eden od razlogov, da članice in člani gospodinjstva ostajajo v bolnici ob trpečem, ga umivajo, hranijo in mu celo čistijo rane. Medicinska sestra člana ali članico hišnega gospodinjstva nauči, kako se kaj naredi. Opisani japonski koncept je podoben zahodnemu tudi po tem, da vloga medicinske sestre ni družbeno cenjena.

Primerjava med šamanom in medicinsko sestro kaže številne podobnosti, ki nas navajajo na misel, da je šaman predhodnik medicinske sestre in ne zdravnika, kot je splošno prepričanje. Prepogosta inkompatibilnost med razlagalnim modelom zdravnika/zdravnice in človeka, ki trpi, še bolj poudarja to tezo.

BOLEČINA

Izkušnja bolečine je vedno posledica *prepletanja fizičnega in socialnega*, je osebna izkušnja, ki korenini v izkušnji socialnosti. Tu je odgo-

vor na vprašanje, zakaj gredo nekateri zaradi določenih bolečin k zdravniku, drugi pa ne. Kaj je tisto, kar dokončno določi bolečino, izkušnja fizičnega ali izkušnja socialnega? Pojem *sociosomatizacija* govori o tej zagonetki v maniri antropologije, ki poudarja, da gre pri bolečini za več kot le biološko izkušnjo, saj je dožemanje bolečine vedno definirano v okviru določene kulture. Tudi *bolečina je del kulturnega vzorca*.

Med Sokeji iz severnega Chiapasa v Mehiki, na primer, poteka lajšanje bolečine vedno v prisotnosti družine in včasih celotne skupnosti. Človek dobi status osebe, ki trpi, šele takrat, ko sam ali s pomočjo družine določi vrsto bolezni. Novi status dovoljuje, da človek preneha delati, toži o svoji bolezni in se podvrže domačemu ali specialističnemu zdravljenju. Mojca Terčelj, ki je med njimi opravljala terenska raziskovanja, je zapisala:

Opazila sem, da do trenutka, ko prizadeti še ni priznan za bolnega, Soke prenaša težave zelo stoično, obratno pa se po tem toliko bolj pritožuje. Opazila sem tudi, da veliko bolnih prebolijo stoje, kot tudi to, da večkrat bolni ignorirajo, dokler se resneje ne razvije. (TERČELJ 1993: 109-110.)

V psihosocialnih službah obnemimo ob srečanju z ljudmi, ki na različne načine govorijo o svojih bolečinah. Nekateri, ki jih srečamo v službah za duševno zdravje, nas začudijo, ko svoje duševno trpljenje prevajajo v jezik telesne bolečine. Ljudje v psihiatričnih bolnicah pogosto pojasnjujejo hospitalizacijo z bolečinami v nogah ali bolečinami v hrbtu. Ljudje s področij Azije in Afrike pogosto izražajo duševno trpljenje s simboliko, ki je zahodnim kulturnim vzorcem tuja. Neka nemška psihiatrinja mi je pripovedovala, da je imela stik s pacientko iz Pakistana, ki je govorila, da njene bolečine izvirajo iz trebuha, v katerem se je naselil pes.

Za nekatere ljudi je življenje kopičenje bolečih dogodkov. Ko nam o njih pripovedujejo, se čudimo, kako lahko človek prenese toliko bolečine.

Nekateri ljudje živijo z izkušnjo dolgotrajne fizične bolečine, ki se skozi čas spremeni v duševno trpljenje, in je v življenju teh oseb le malo stvari povezanih s telesom.

Bolečina naredi obrise sveta drugačne; nekateri govorijo o posebni »zagozdi« med prizadeto osebo in zunanjim svetom, ali pa o »zagozdi« znotraj osebe same, ki jo sproži bolečina. Ko govorimo o ljudeh, ki imajo težave z duševnim zdravjem, ali o tistih, ki so dolgotrajni uporabniki psihiatričnih ustanov, govorimo o njihovih diagnozah, izboljšanjih in poslabšanjih, hospitalizacijah in institucionalizmu, redko pa o ljudeh, ki živijo z *dolgotrajno bolečino*. Če bi dopustili razmišljanje o njihovi bolečini, bi se nam zgodilo dvoje: prvič, naleteli bi na lastno bolečino, prek katere bi ugledali razliko med ljudmi in njihovim življenjem in razliko med potrebami in redukcionističnimi odgovori psihosocialnih služb, in drugič, postalo bi nam jasno, da svet, v katerem živi človek z izkušnjo dolgotrajne bolečine, ni več isti kot svet, v katerem živimo mi. Arthur Kleinman in sod. (1992: 7-9) so to strnili v misel:

Bolečina je lahko huda grožnja legitimnosti vsakdanjega sveta. /.../ Kompleksni procesi transformirajo boleče odnose in boleča čustva v zaboj bolečine, in narobe, transformirajo zaboj bolečine v boleči svet.

V vprašanju, kako se pri dojemanju bolečine prepletata fizično in socialno, se skriva tudi vprašanje o razlikah med medicinskim dojemanjem bolečine in občutkom bolečine, kot ga definira trpeča oseba. Medicinska definicija bolečine ima praviloma kaj malo skupnega z individualno izkušnjo, pa čeprav tako medicinski koncept kot osebna izkušnja temeljita tako na dojemanju fizičnega telesa kot na upoštevanju njegove societalnosti. V anglosaških jezikih antropologi govorijo o razliki med *disease* in *illness*. Prva govori o medicinski razlagi bolečine, druga o njeni osebni individualni razlagi. Z drugimi besedami, *illness* je tisto, kar občuti človek, preden gre k zdravniku, *disease* pa je tisto, kar »ima«, ko se vrne od zdravnika, in to se najpogosteje nanaša na določen organ.

Prav na področju duševnega zdravja najpogosteje pride do omenjene inkompatibilnosti med medicinskimi in individualnimi razlagami. Zdravniki, ki uporabljajo medicinski model (*disease model*) so pogosto slepi za socialne in osebne razlage bolečine.

Bolečina, ki je zelo pomembna za razumevanje duševnih stisk, ostaja skrita toliko časa,

dokler ne plane na dan v obliki poskusa samomora, samopoškodbe, prenehanja uživati hrano. Šele tako manifestirana bolečina sproži redefiniranje medicinske razlage v ponovno medicinsko definicijo. Telo postane trdnjava, ki jo je treba zasesti, ukloniti, obvladati. V tem boju koncept *disease* premaga koncept *illness*, in če se hočemo leta pozneje vrniti k koreninam tega boja, jih pod palimpsestnimi nanosi nič več jasno ne razpoznamo.

Prav zaradi izkušnje bolečine ljudje iz zahodnih zdravstvenih sistemov iščejo pomoč pri naravnih zdraviteljih. Glavna naloga, ki so jo imeli naravni zdravitelji v preteklosti, je bila lajšanje bolečine. Tudi danes velja, kot je ugotovil Kleinman s sod. (1992), da ljudje pri zdravnikih najbolj cenijo to, da jim bodo olajšali bolečino in zmanjšali trpljenje. Lahko se vprašamo, kolikšno je tveganje za duševno zdravje človeka, ko vstopi v razlagalni model, ki ne upošteva bolečine.

Pri analizi tveganja moramo razlikovati med grožnjo, ki je opredeljena v tem razlagalnem modelu, in med nevarnostjo, ki jo prinaša omenjeno neupoštevanje (FLAKER 1994). Po klasični predstavi o tveganju se bo človek, ki ima dolgotrajne težave z duševnim zdravjem, fizično poškodoval, če ga ne umaknemo v ustanovo, ki ga bo nadzorovala. Ta razlaga ne upošteva grožnje, ki jo prinaša dejstvo, da taka ustanova temelji na razlagalnem modelu organske bolečine (*disease model*). Grožnja, ki je posledica spregledane bolečine, pa poveča nevarnost, ki jo navadno pripisujemo življenju zunaj ustanove. Poveča nevarnost, da človek naredi svojo bolečino vidno — nevarnost samopoškodbe. Po analizi tveganja prav *grožnja neprepoznavanja bolečine poveča nevarnost njene materializacije*. Potem je bolečina dvojna, zunaj in znotraj, vidna in nevidna hkrati.

Za potrditev te teze bi lahko uporabili raziskave, ki se ukvarjajo s pogostostjo samomorov in samomorilnih poskusov v psihiatričnih ustanovah.

Grožnja neprepoznane bolečine, ki povečuje nevarnost samopoškodovanja, najpogosteje privede do *nevidnih poškodb*, ki jih lahko po Goffmanu poimenujemo mortifikacije jaza. Samopoškodovanje je lahko smrt določenega dela jaza, utrditev zanikanja, samostigmatizacija, prilagoditev institucionalnim zahtevam,

uklonitev profesionalizmu, samoredukcionizmu ipd. Taka nevarnost samopoškodovanja včasih zares zmanjša občutek bolečine, ne izboljša pa duševnega zdravja. V tem je glavni razkol med medicinskim (*disease model*) in socialnim (*illness model*) pogledom na bolečino. Nekateri postopki, ki jih poznamo zlasti iz zahodne medicine in manj iz tradicionalnih zdraviteljskih tehnik, bolečino celo producirajo. Vse to dokazuje, da bolečina ni toliko vprašanje biologije kot vprašanje kulture, je »izkušnja lokalnih svetov, ki jih trpeči živi« (KLEINMAN 1992: 169).

KAKO UPORABITI ESKIMSKO MODROST V SOCIALNEM DELU

Ta naslov zveni za marsikoga nenavadno, saj je ustaljeni »red stvari« nasproten. O neevropskih kulturah smo prepričani, da se morajo učiti od naše, ali bolje, manjšinske kulture se morajo prilagoditi večinski. Če parafraziram Foucaulta, producira »prava« znanja metropola, periferija pa mora lokalna znanja podrediti vladajoči resnici. Pa vendar, če prevedemo eskimsko misel »če vidiš duhove, povej ljudem« v zahodni miselni sistem, stopimo na področje, ki se v duševnem zdravju danes imenuje *terapija s pogovarjanjem* (*talking therapy*).

Pogovarjanje je pomembno tudi takrat, ko ne vidimo duhov, slišimo pa glasove. Tako glasovi, ki prihajajo iz človekove notranjosti, kakor tisti, ki jih slišijo kakor »od zunaj«, so v medicinskem modelu izraz organske disfunkcije. Od tega, od kod prihajajo, je odvisna tudi diagnoza. Človek, ki *sliši glasove* in pride v psihiatrično obravnavo zagotovo dobi diagnozo, ki spada v skupino psihoz. »Ali slišite glasove?« je tudi eno najpogostejših vprašanj v psihiatrični diagnostični praksi.

Glasovi, ki naj bi bili dokaz duševne bolezni, so dejansko pogostejši, kot se zdi, slišijo pa jih tudi ljudje, ki niso nikoli prišli v psihiatrično bolnico. Od konca 80. let (najverjetneje se je začelo leta 1987) se vse več ljudi, ki slišijo glasove, združuje v skupine, kjer lahko brez strahu pred stigmatizacijo izmenjujejo izkušnje. Skupine z imenom *Hearing Voices Groups* obstajajo danes v ZDA, VB in na Nizozemskem. V njih se ljudje učijo, kako ravnati s svojimi glasovi, saj psihofarmaki glasov

pogosto ne zadušijo, nekateri od njih pa s takim učenjem preprečijo prihodnje hospitalizacije.

Gibanje ljudi, ki slišijo glasove, je sprožil nizozemski eksperiment, v katerem je sodelovalo 450 prostovoljcev in prostovoljk, ki so občasno ali neprestano slišali glasove (ROMME, ESCHER 1993). 300 jih je izjavilo, da niso sposobni ravnati z glasovi, 150 ljudi pa je našlo načine, kako ravnati z njimi. Vprašalnik je pokazal, da so se tisti, ki so izrazili sposobnost ravnanja z glasovi, počutili močnejše od glasov, glasovi so bili prijaznejši in ne grozeči kot pri drugi skupini. Tretjina vprašanih je doživela prvo izkušnjo glasov v otroštvu, ostali po 20. letu starosti. 70% vprašanih je izjavilo, da so se glasovi pojavili po travmatičnem ali močno emocionalnem dogodku. Večina je kot najuspešnejše strategije za ravnanje z njimi opisala ignoriranje glasov, poslušanje glasov po selektivnem izboru, vzpostavitev dialoga in določitev časa za »zmenek« z njimi. Najuspešnejša strategija je bila za večino prizadetih razlikovanje dobrih in slabih glasov in prizadevanje, da bi poslušali samo prve in govorili samo z njimi. Izkazalo se je, da je mogoče šele takrat, ko oseba glasove sprejme, začeti proces, po katerem postane oseba avtonomnejša v odnosu do glasov in jih lažje nadzoruje.

Sklep eksperimenta je bil, da je za ljudi, ki slišijo glasove, pomembno, da se naučijo z njimi tudi *ravnati*. Prav tisti, ki zaradi glasov niso nikoli doživeli psihiatrične obravnave, so potrdili, da glavni problem niso glasovi, temveč način ravnanja z njimi in odnos zunanjega sveta do dejstva, da oseba sliši glasove. Vse to je prizadete in strokovnjake spodbudilo, da so se začeli skupaj učiti o ravnanju z glasovi.

Eden od prizadetih je svoj proces učenja opisal kot tri faze:

1. obdobje strahu, tesnobe in želje po begu;
2. odkrivanje pomenov, ki jih imajo glasovi, njihovo sprejetje kot samostojnih entitet;
3. sprejemanje »samega sebe«, odkrivanje, kaj je tisto, pred čemer hočem zbežati, in prizadevanje, zdržati brez bega (ROMME, ESCHER 1993: 17).

Izkušnje tega eksperimenta so bile leta 1987 predstavljene na nizozemski konferenci, udeležilo pa se je 360 ljudi, ki slišijo glasove, in številni psihiatri in psihiatrinje. Izhodišče

konference je bilo, da je skrajni čas, da psiho-socialne službe upoštevajo nove pristope za ravnanje z glasovi, ki bi presegli biologistično-medicinski model. Konferenca je spregovorila o naslednjih pristopih k interpretaciji glasov:

1. *Psihološki pristop* dokazuje povezave med aktivacijo glasov in travmatičnimi dogodki (incest, smrt, hude telesne poškodbe po nesreči, vojna), ki jih prizadeta oseba potlači. To potlačeno se vrne v obliki agresivnih glasov, kot *flashback*, preganjavica, grozeče podobe. Eden od psiholoških pristopov se osredotoča na to, kaj glasovi govorijo in kako poteka dialog. To je ključ, ki omogoča razumevanje sporočil v kontekstu osebne življenjske zgodbe.

V Psihiatrični bolnici Polje sem se leta 1992 pogovarjala z mlado Makedonko. Ko je pred desetimi leti prišla z možem v Slovenijo, je mislila, da bo imela otroke in veliko znancev. Zdaj je stara 30 let, ves dan je sama v stanovanju, nikogar nima in pred nekaj leti je začela slišati glasove. Glasovi so ji govorili, naj se ubije. Zares se je poskušala ubiti. Danes si želi imeti otroke in se vrniti v Makedonijo:

Nikogar nimam. Tam bi imela ljudi, tu nimam nikogar. Ko pridem v bolnico, glasovi nehalo govoriti. Ko sem sama doma, mi po dveh tednih spet začnejo govoriti, čeprav jemljem zdravila.

Neka druga ženska, ki je prišla prvič v psihiatrično bolnico leta 1992, ko je bila stara 32 let, je o svoji izkušnji glasov pripovedovala:

Konec meseca sem šla računat ure, in potem me je začela vleči neka sila in govoriti: »Vzemi liste in napiši to! Vzemi listek in napiši to!« Potem sem se upirala, začela me je boleti glava, ko pa sem tisto napisala, je bilo vse v redu. Napisala sem, da bom živela 86 let, potem sem spet pisala številke in zraven pisala: »ta me je to ogovarjala, ona to«. Prišla sem tako daleč, da se mi je vse razpletlo, kaj je kdo proti meni delal. Ni se mi mešalo, ampak sem v sebi slišala ukaz. Tudi pri oblačenju je bilo isto. Hotela sem nekaj obleči, pa sem morala tisto pustiti in iti v omaro po drugo. Oblekla sem tisto, kar je rekla [= zahtevala/ sila nad mano. /.../ To je povezano s tem, da so pred enim letom prišli na obisk sorodniki moje gospodinjske pomočnice. Ena od njenih sorodnic mi je začela govoriti, da sem odrešenica, da bom pozdravila bolezn, da

ljude ne bodo potrebovali tablet, da ne bo več alkoholikov. Rekla sem ji, da je neumna. Zdaj pa, ko se mi je začelo to dogajati, se je vse uresničilo. Mi je rekla tudi, da bom prišla v norišnico, in res sem prišla. Ne vem, ne znam si razložiti. Ne znam si razložiti sama, čeprav za vse, kar sem naredila, vem, kaj se je dogajalo. Dobivala sem slike križevega pota. Dotična oseba, na primer vi, se mi spremenite v določeno osebo s križevega pota. Ali pa moj učitelj matematike — prikazal se mi je čisto drugače. Nasmejan, prijazen, v resnici pa je bil grob in neprijazen. Vse to je trajalo le sekundo. Samo za trenutek sem videla pred sabo sliko, preden je izginila. Ko sem se šla kopat in sem se obrisala, se mi je prikazala slika, kako Jezusu s prtom obrišejo obraz. Potem se je to nehalo, po dveh dneh. Potem sem dobila ukaze: »Napravi to, napravi ono!« Zdaj sem pa tukaj.

Zgodbo ženske, katere glasovi so govorili, da je Kristus, lahko razumemo kot samopoveličevanje, za katerim se skriva duševno trpljenje. Najpogostejše se pod idejami, da je nekdo Kristus ali slavna zgodovinska oseba, skrivajo občutki globoke prizadetosti, občutek, da je človek nerazumljen, odtujen od drugih, da trpi kot Kristus. Glasovi lahko pomenijo iskanje najboljše rešitve iz situacije notranjega kaosa in porušenega ravnotežja. Za obe ženski je značilno tudi to, da skoraj nista komunicirali z zunanjim svetom in da se je vsaka ure in ure sama sprehajala po hodniku oddelka. Zgodba o Makedonki, ki so ji glasovi govorili v njenem jeziku, je zgodba o osamljenosti. Nobena od njiju ni povezala glasov s svojim življenjem in nobena ni nikoli razmišljala o tem, kakšen je njihov pomen.

Najpogostejše diagnoze, ki jih dobijo take pacientke v bolnici, so shizofrenija, disociativne motnje, manično depresivna psihoza, psiho-organska motnja. V nasprotju z medicinskimi diagnozami je v jedru psihološkega pristopa prepričanje, da gre za ljudi, ki so v najzgodnejših otroških izkušnjah doživljali nesprejetost, emocionalno dominacijo odraslega in zlorabe. Taki otroci niso doživeli, da bi bile njihove potrebe in čustva sprejeti z naklonjenostjo, temveč so bili spregledani ali pa so odrasli nanje odgovarjali z nasiljem in discipliniranjem. Brian Davey, ki se sam spopada s psihotičnimi

krizami, poudarja, da tak otrok razvije »odrevenelost, izrazit emocionalni razcep, neke vrste zombifikacijo« (ROMME, ESCHER 1993: 185). V globoki krizi, ki se manifestira v psihotični epizodi, se po njegovem prepričanju vrtna strah in oblika totalne nemoči, ki jo ta človek pozna kot najzgodnejšo izkušnjo. Sam imenuje te občutke »suženjski občutki«, izražajo pa tiste občutke nemoči, ki jih doživlja majhen otrok. Ti občutki nemoči se v najmočnejši obliki ponovijo prav v času globoke psihične krize, tj., v času, ko pride človek v psihiatrično bolnico.

2. *Parapsihološki pristop* razlaga glasove kot posebno darilo, ki prihaja iz sfer, ki jih z zavestjo ne moremo zaznati. Je poseben dar, ki ga imajo ljudje, ki so dosegli določeno stopnjo spiritualnega razvoja in so senzibilni za karmične vplive. Ta pristop temelji na učenju o različnih ravneh zavesti in o nadzoru teh ravni. Sem lahko uvrstimo tudi izkušnje šamanov.

3. *Mistični pristop* govori o pomenu meditacije in transcendentnih praks, ki omogočajo uravnavanje glasov.

V nekaterih kulturah je govorjenje glasov nekaj vsakdanjega; aktivirajo se zlasti v pomembnih trenutkih človekovega življenja (rojstvo otroka, smrt, iniciacija). Glasovi živijo s človekom in so del totranske in onostranske izkušnje hkrati.

Psihiatri, ki so se odmaknili od biološko-medicinske perspektive, so poudarjali štiri nova spoznanja za psihiatrično prakso:

1. pomen tega, da sprejmemo pacientovo izkušnjo glasov;

2. nujnost boljšega razumevanja jezika, s katerim pacient opisuje svojo izkušnjo, njegov simbolni svet in svet emocij;

3. človeku je treba pomagati, da se nauči pogovarjati z glasovi, kar vključuje tudi učenje o razpoznavanju dobrih in zlih glasov; pacient se uči o svojih negativnih čustvih, kar krepi njegovo samozavest;

4. pacienta je treba spodbujati, da najde ljudi s podobnimi izkušnjami, da bere literaturo o tej temi in da na ta način premosti izolacijo in tabuiziranje dejstva, da slišijo glasove (*ibid.*: 26).

Romme in Sandra Escher (1991) sta razdelila glasove na štiri skupine. Glasovi so lahko metafore, saj pogosto govorijo isto kot ljudje in so neposredno povezani z dano situacijo. Potem so lahko varovalni mehanizem pred grozečimi spomini. Tako je slišanje glasov značilno za ženske, ki so kot deklice preživele nasilje. Nekateri glasovi pomenijo izražanje želje in omogočajo socialni kontakt, pogovor in pripovedovanje drugemu človeku. To je pogosto značilno za osamljene ljudi, ki tako s pomočjo glasov povabijo na primer prijateljico na kavo. Glasovi pa so lahko tudi strategija za preživetje v življenjsko nevarnih in skrajno travmatskih situacijah, kot je na primer situacija mučenja, holokavsta ali posilstva. Smisel pomoči je, da odkrijemo, od kod glasovi izvirajo in kako bi človeku pomagali, da bi živel kvalitetno tudi brez njih.

Eden od prizadetih ljudi, ki sliši glasove, je zapisal:

Ne vem, odkod prihajajo glasovi in kaj pomenijo. Kar vem, je, da pripadajo meni in da bodo ostali. Čeprav znam bolje ravnati z njimi kot pred leti, mi je še vedno težko živeti z njimi. (*Ibid.*: 146.)

Vse to dokazuje, da tisto, kar opazujemo, ni nujno neposredna reprezentacija realnosti. Ravno nasprotno, svet je prostor simbolov, ki jih moramo, kot bi dejal Roland Barthes, »znati brati«. Zanesljivost pojavnega vsakdanjega sveta je sicer mogoče meriti in opazovati, interpretiramo in razumemo pa jih lahko le v kulturnem kontekstu. Namesto produciranja kategorialnih zmot pa je vseeno mogoče narediti analogijo med eskimsko izkušnjo govora o duhovih in pojavom glasov v zahodnih kulturah. Njuna legitimacija je v tem, da dobita obe izkušnji v različnih okoljih isti nasvet: »Povej ljudem.« Kako kdo to naredi in kakšen je odziv skupnosti, pa je vprašanje lokalnega kulturnega konteksta, v katerem človek živi.

Za socialno delo je to prav gotovo izziv, saj bo delo z ljudmi, ki slišijo glasove, inovacija, ki bo v Sloveniji odločilno spremenila ravnanja in odnos do tega pojava na področju duševnega zdravja.

Literatura

- R. BENEDICT (1971), *Patterns of Culture*. London: Routledge & Kegan Paul Ltd.
- M. DOUGLAS (1992), *Purity and Danger*. London: Routledge.
- V. FLAKER (1994), Analiza tveganja. *Socialno delo* 33, 3: 189-197.
- J. HENDRY, L. MARTINEZ (1991), Nursing in Japan. V: P. Holden, J. Littlewood (ur.), *Anthropology and Nursing*, London: Routledge (56-67).
- R. M. KEESING (1993), Ponovno o teorijah kulture. *Antropološki zvezki*, 3: 23-32.
- A. KLEINMAN, P. E. BRODWIN, B. J. GOOD, M. DELVECCHIO GOOD (1992), Pain as human experience: An introduction. V: M. DELVECCHIO GOOD, P. E. BRODWIN, B. J. GOOD, A. KLEINMAN, *Pain as Human Experience: An Anthropological Perspective*. Berkeley, L.A., Oxford: Univ. of California Press (1-29).
- R. LITTLEWOOD (1991), Gender, role, and sickness: The ritual psychopathologies of the nurse. V: P. HOLDEN, J. LITTLEWOOD (ur.), *Anthropology and Nursing*. London: Routledge (148-170).
- (1991), Care and ambiguity: Towards a concept of nursing. V: P. HOLDEN, J. LITTLEWOOD (ur.), *Anthropology and Nursing*. London: Routledge (170-190).
- R. MINNICH (1993), *Socialni antropolog o Slovencih*. Ljubljana: Slovenski raziskovalni inštitut, Amalietti.
- P. RACK (1991), *Race, Culture and Mental Disorder*. London: Routledge.
- M. ROMME, S. ESCHER (1993), *Accepting Voices*. London: MIND.
- G. SOMJEE (1991), Social change in the nursing profession in India. V: P. HOLDEN, J. LITTLEWOOD (ur.), *Anthropology and Nursing*. London: Routledge (31-56).
- M. TERČELJ (1993), Zdravje in bolezen pri Sokejih (Zoq'eh) v Chiapasu. *Etnolog* 3: 101-127.
- D. ZAVIRŠEK (1993), Ženske in duševno zdravje v feministični antropologiji. *Socialno delo* 32, 1-2: 91-107.