

Donatella Cozzi

ZNANJE ZA DRUGAČNO ZDRAVLJENJE

Ženska in zdravje v italijanski pokrajini Karniji (projekt raziskave)

Ali lahko antropološko raziskovanje temelji na delovanju psihiatričnega dispanzerja, ne da bi antropologija pri tem klonila pred močnejšo medicino?

Ali lahko antropologija s svojimi načini dela vpliva na delovanje psihiatričnega dispanzerja, na "umazano delo", da, "umazano delo", saj imamo opravka s kroničnimi obolenji, z osebami, ki jih nihče noče, z določenimi vidiki družbenega nadzora in javnega reda, tako da bi navedene oblike psihiatrične službe spremenile lastno prakso in posege? Ali so psihiatri pripravljene podvomiti v svojo vlogo, ali so pripravljene na to, da bi antropologija relativizirala njihovo znanje, kar bi pomenilo, da bi njihova diagnoza postala le *ena* izmed možnih interpretacij nekega dogodka?

Potem ko smo na vsa zastavljena vprašanja odgovorili pritrdilno, smo z antropološkim raziskovanjem skušali spremeniti delovanje krajevne psihiatrične službe. Istočasno smo s pomočjo delovanja službe želeli preveriti nekatere antropološke hipoteze o zdravju in bolezni, kot so zavzemanje za preučevanje konkretnih problemov naših celotnih družb, problemov, ki nastopajo v zvezi z zdravjem in boleznimi, ohranitev tradicionalnih modelov in interpretacij znotraj moderne družbe, ki je označila za bolezenske tiste pojave, ki jih v drugih zgodovinskih obdobjih niso obravnavali kot bolezni. Tako je alkoholizem včasih veljal za javni moralni in higienski, ne pa zdravstveni problem, nosečnost, nekdanji fiziološki dogodek, danes postaja "bolezen", saj mora "bolnica" v bolnišnico, itn. Pri tem je treba znova in znova poudarjati, da je središče našega preučevanja človek, njegove potrebe, njegovi odnosi, v prepričanju, ki je močno prisotno v antropoloških delih, da norost ne dekultivira posameznika. Vsaka družba, vsaka kultura poskrbi namreč za razne smernice, za razne oblike predpisanega vedenja neuravnovešenih oseb, oziroma vedenja do neuravnovešenih oseb (*social scripts*).

Upoštevajoč navedena prepričanja smo razmislili o našem delu v zdravstvenih in socialnih službah, in sicer s stališča posameznika, ne s stališča zahtev zdravstvenega načrtovanja. Želeli smo opozoriti, kako lahko hote ali nehote krepimo negativno povpraševanje v družbenih ustanovah. Na primer, uvajanje farmakoterapije tudi takrat, ko ni potrebna. Da do tega ne bi prišlo, moramo razumeti, kakšne so "potrebe", ki niso nujno tehnične ali farmakološke, na

podlagi katerih bolniki zaprosijo za zdravilo, in kaj pomeni zdravilo za osebe, ki zanj neutrudno prosijo. Nekateri razvijejo do zdravil "čustveni" odnos; zdravila jim nudijo tolažbo in oporo. Drugi jih zavračajo, ker se bojijo odvisnosti. Nočejo, da bi se zdravilo "nastanilo" v možganih - razum je namreč center volje, samostojnosti in odločnosti - ter jim tako odvzelo neodvisnost. Oseba, ki je po številnih zelo težkih odločitvah dosegla samostojnost, bo doživljala delovanje farmacevtskih proizvodov kot dodatno izgubo samostojnosti in ne kot pomoč. Naša naloga je pospeševati zdravje, zato ne smemo postati sužnji nuje in rutine. Izboljšati moramo kakovost služb, vendar ne samo v smislu oblikovanja in posodabljanja, marveč v smislu razumevanja tistih potreb, ki jih ledena gora skriva pod morskno gladino. Ne smemo se zadovoljiti s potrebami, ki nam jih pokaže povpraševanje po terapiji ali po posegu. V Karniji smo skušali razumeti, kako se kulturno izoblikujeta koncepta zdravja in bolezni, ker smo želeli osmisliti dogodke, kot je bolezen, dogodke, ki ovirajo pretok izkušenj in načrtovanja. Vsaka kultura čuti namreč potrebo po osmislitvi takšnih dogodkov in jo, sebi primerno, rahlo preoblikuje. Epidemološko raziskavo smo obogatili z metodo kakovostnega opazovanja, da bi lahko dala prostor tudi posameznikovim težavam, ki so zanemarjene, kadar primerjamo zgolj statične vrednosti. Naš namen je bil združiti se v boju za dejansko pospeševanje zdravja, ki pa ne pomeni odsotnosti bolezni, temveč dobro psihično in fizično počutje v procesu uresničevanja lastne osebnosti.

Opisali smo nekatere cilje, ki si jih je zastavil projekt osnovne raziskave. Projekt je odobril Psihiatrični dispanzer št. 3 pri krajevni zdravstveni ustanovi v Karniji. Pri raziskavi so sodelovali številni zdravstveni in socialni delavci (splošni zdravniki, zdravniki v bolnišnicah, psihiatri, psihologi, socialni delavci, patronažne sestre) in druge osebe (državljeni, učitelji, itn.). Projekt se je v prvi vrsti osredotočil na preučevanje položaja ženske v tej italijanski pokrajini, saj so v veliki meri ženske tiste, ki se zatečejo po pomoč. Njihova prošnja ni nujno neposredna. Že po tradiciji je ženska namreč odgovorna za svoje zdravje in zdravje svoje družine. Tako je ženska tista, ki zaprosi za terapevtsko pomoč in ki se pojavlja kot glavni sogovornik z osebjem, zaposlenim v zdravstvu in socialni.

Vendar pa so pogovori preplitvi, da bi razložili, kako lahko ženske v goratem, gospodarsko zaostalem in za življenje težkem predelu živijo kvalitetno življenje, zlasti pa, kakšen je njihov odnos do zdravja in bolezni. Tukajšnje ženske so vajene molčati. O svetu govorijo tako, da govorijo o drugih, o sinu, očetu, bolnem možu. Ko pripovedujejo o težavah, ki spremljajo življenje, govorijo o težavah, ki spremljajo iskanje zaposlitve, izobraževanje, o težavah pri delu v tovarni. Večinoma se želijo zdraviti zato, ker, ostarele, ne delajo več tako, kot

so "poprej". Ne znajo namreč sprejeti zmanjšanja svojih telesnih sposobnosti. Gorski svet, v katerem živijo, pa ceni posameznika glede na njegovo zmožnost dela. Ne znajo izraziti neugodja, ki ga občutijo. Ne poznajo samoopazovanja, samoanalize. Odkrivajo nam, da ta predel Italije še ni osvojil kulturnega procesa, ki ga pozna Zahod, procesa, ki ga je Max Weber definiriral kot razočaranje nad svetom in laizacijo, procesa, zaradi katerega je meščanska družba, skladno s kapitalistično delitvijo dela, prisodila psihološkim zmožnostim in interiorizaciji sposobnost "občutiti" in izraziti neugodje, s tem pa je omogočila psihologizacijo neugodja. O neugodju, ki ga občutijo tukajšnje ženske, govorijo telesa, govorijo telesne "bolečine", govorijo psihosomatski pojavi, ki so skupni tako univerzitetni študentki kot šestdesetletni kmetici. Morda bi morali sedaj, ko vemo, na kakšen način ženske izražajo neugodje, spremeniti precej teorij, med drugim tudi teorije o anoreksiji, o kateri velja prepričanje, da je produkt družbe z meščanskimi vrednotami, družbe z določeno podobo ženske in določene vrste meščanske družine. V primerih anoreksije v Karniji ni mogoče najti niti enega od navedenih pogojev, kar nam da misliti, da so vzroki v kulturni spremembi, v strogih pravilih znotraj družine, ki ženski ne dopušča, da bi bila samostojna, v okolju, ki predpisuje zadržano obnašanje. Posledica tega je, da se vsaka oblika upora spremeni v upor njihovega telesa. V večini primerov gre za rutinske oblike trpljenja, oblike, ki so se v depresiji in tesnobi sprevrgle v vsakodnevno pohlevno trpljenje, ki mu nihče ni prisluhnil ali pa ga je narobe razumel in ki ga je težko izraziti. Več kot četrtnina žensk (četudi zelo mladih), ki smo jih opazovali v obdobju med leti 1990 in 1992, je prišla v psihiatrični dispanzer šele po dolgotrajnih terapevtskih zdravljenjih. Pred tem so se zatele k splošnemu zdravniku, zatem k raznim internistom (izbira med slednjimi je bila odvisna od tega, ali so bile telesne težave povezane s srcem, s krvnim pritiskom ali z dihalni), da bi potrdile, kako pomemben je telesni vidik njihove patologije, opravile so številne klinične preiskave, na koncu so obiskale še nevrologa. Večinoma so prejele zdravila, ki niso delovala, zato so, prepričane o neučinkovitosti terapije, iskale naprej. Nevrolog je predzadnja postaja. "Bolezen" se še vedno kaže kot telesno neugodje, izraža se preko nevidnega zemljevida živcev, ki trpijo, so utrujeni, "izčrpani". Seveda jim nevrolog ne more ponuditi terapije za "živce", od njega prejmejo le benzodiazepin in nevroleptike, s katerimi rade pretiravajo in katerih učinke kritizirajo. Pogosto se, išoč pomoči, med seboj obiskujejo. Občutja neugodja ne razumejo globalno. Ne razumejo nemega dostojanstva, ki jim ne dovoljuje, da bi govorile o nečem, kar že vedo. Ne upoštevajo, kakšne so posledice kulturnih in strukturnih sprememb, ki so zajele dve generaciji, kako vplivajo občutja pripadnosti Furlanom in Karnijcem, kaj pomeni biti ženska v tej italijanski pokrajini.

Projekta finančno ne podpira nobena organizacija. Pri njem sodelujejo zgolj prostovoljci. Prav zato je naš projekt izziv, ki je v svojem delovanju združil sicer redko sodelujoče poklice. Novice o njem so preplavile javne službe in ustanove. V skupini smo, razen enega moškega sodelavca, same ženske. Pri tem ne gre za nikakršno zaprtost. Stremeli smo namreč za združenjem pripravljenih in naravnih ljudi. Odziv javnih služb in ustanov pa nam je dal vedeti, kako zelo je potrebno predhodno znanje. Na samem začetku projekta, prepričal nas je, da bomo zmogli projekt izpeljati do konca. Raziskovalna skupina se je razdelila na dve podskupini, od katerih si je vsaka zastavila svoje cilje. Prva podskupina raziskuje različne vidike položaja ženske: položaj ženske v raznih oblikah vzgoje in izobraževanja, v družini (družinski odnosi, stopnja intimnosti, kohezija), na delovnem mestu, v družbi. Njen namen je določiti težave, ki se pojavljajo. Druga podskupina se je osredotočila na odgovornost ženske za zdravje svoje družine, na pomene, ki jih pripisuje zdravju in bolezni, na ustaljene poteke družbenega priznanja bolezni (Kakšni so pogoji, da družba nekemu prizna vlogo bolnika? Ali se pogoji v tem krajevnem kulturnem okolju različni za moškega in za žensko? Kako zdravstvene strukture vplivajo na oblikovanje takšnih pogojev?), na odgovornost ženske za svoje zdravje in na načine iskanja ustrezne terapije zase ali za bolnike v družini. Prvi podprojekt zbira življenjske zgodbe žensk, s katerimi smo prišli v stik preko družinskih posvetovalnic, in zajema ženske v starosti od 20 do 45 let. Drugi podprojekt pa je izdelal vprašalnike, ki jih ženske dobijo med neuradnimi pogovori. Namenjeni so štirim različnim okoljem: okolju bolnišnice, ambulante splošnega zdravnika, psihiatričnega dispanzerja in okolju karnijske vasi.

Projekt temelji na dvoletni študiji delavcev psihiatričnega dispanzerja v italijanskem mestu Tolmezzo. Študija, ki jo je vodila Adriana Stroili, je preučevala, kaj je uporabnike zdravstvenih storitev vodilo k iskanju pomoči, kaj so od zdravstvenega varstva želeli, kako je potekalo družbeno priznanje bolezni, preden so se dejansko zatekli k zdravstvenemu varstvu. Njena zasluga je bila, da se je spremenil pristop k zdravstvenim storitvam. Prošnji po zdravilih ne sledi takojšnja terapija z zelenimi zdravili, temveč pogovor, v katerem zdravstveni delavci prisluhnejo potrebam osebe in položaju, v katerem se oseba nahaja, upoštevajoč, da neugodje, ki ga oseba občuti, velikokrat ni "bolezen", ampak posledica tega, da je oseba v središču nekega kulturnega konteksta čustvenih, gospodarskih, socialnih in simboličnih odnosov. V zadnjih letih smo še posebej pozorni na območje, kjer psihiatrični dispanzer deluje, zakaj zavedamo se, da lahko zdravniški "observatorij" iz svoje perspektive vidi le delček in to tisti delček, ki občuti zelo močno neugodje. Opazovanje okolice izven "observatorija" je tudi strateška zahteva. Psihiatrični dispanzer nima

finančnih sredstev, močno občuti pomanjkanje osebja, in ker pokriva tako veliko območje, mora znati odkrivati v okolju samem ne samo problemov, marveč tudi možne oblike pomoči, da bi lahko našel uporabne rešitve, s katerimi bi se boril proti neugodju. Dobro vemo, da zdravstveno načrtovanje ignorira zdravstveno preventivo na področju duševnega zdravja ter da je zdravstveno preventivo na področju duševnega zdravja težko načrtovati. Navzlic temu smo poskušali odpreti nove možnosti. Nekatero ženske zelo težko dobijo delo, nekatere so matere samohranilke. Prav v okolju, kjer delo ni samo gospodarska nujnost, marveč tudi vir samospoštovanja, je pomoč pri iskanju dela najboljša oblika pomoči. Zato smo ustanovili združenje "Arialta", katere cilj je doseči ponovno vključitev v delo oseb s posebnimi težavami, spodbudili smo razprave o tej tematiki, usposabljanje in raziskovanje.

"Prvi pogovori" v psihiatričnem dispanzerju so odkrili, kako pomembno je neugodje, ki ga občuti ženska, zlasti v določenih starostnih skupinah. V želji po "farmakoterapiji" hkrati obiskuje različne specialiste z različnimi pogledi na zdravljenje; hkrati se zateka po pomoč k homeopatu ter nevrologu, k endokrinologu in specialistu za avtogeni trening. Pogovori so nam tudi pokazali, kako pomembne so tiste oblike psihološkega neugodja, ki jih ženske izražajo z depresijo in psihosomatskimi obolenji. Gre namreč za "bolezni", ki jih kultura, ki zdravje enači z zmožnostjo dela, z zmožnostjo, ki je pomembna za preživetje na kamnitih obronkih naše dežele, dovoljuje.

Ob prvi ugotovitvi se nemudoma vprašamo, kakšen je trenutni položaj ženske v Karniji. Ženska je steber, ki omogoča nadaljevanje tradicije in uvajanje novosti. Ker po tradiciji kmetijska dejavnost sloni na njenih plečih, prav ženska najbolj občuti, kakšna je cena sprememb, ki gorate predele vse bolj odrinjajo na obrobje družbe. Na prvi pogled gre tu za neprimerno sodobno in vsakodnevno reševanje vloge, ki se razlikuje od vloge, ki so jo posredovali tradicionalni kulturni in vzgojni modeli, na katere sta močno vplivali odsotnost moškega, ki je kljub temu, da je emigriral, še vedno zadržal svojo avtoriteto, izgubil pa je verodostojnost, in konfliktno delovanje med družino in sorodstvom. Povsem nova v okolju pa je opazna osamitev ženske znotraj domače hiše. Ženska, ki je s ponosom opravljala večino kmečkih opravil, je imela poprej svobodo gibanja, srečevala se je z drugimi ljudmi. Poleg tega, da se domačije nahajajo v majhnih krajih, ki so že sami po sebi oddaljeni od drugih krajev, pa precej žensk nima niti vozniškega izpita niti avtomobila, kar otežuje dnevno migracijo na delovno mesto, komuniciranje in učenje oziroma študij. Poleg ekonomske marginalizacije položaj ženske dodatno otežkočajo tradicionalna pričakovanja družine. Tako mora ženska upravljati gospodinjstvo, paziti na družinske člane, odgovorna je za izobraževanje otrok, četudi so le-ti hudo telesno ali duševno prizadeti, za

zdravje vseh družinskih članov, skrbeti mora za ostarele ali bolne družinske člane, pa čeprav bi to pomenilo žrtvovanje lastnih življenjskih ciljev.

Druga ugotovitev odpira psihiatričnemu dispanzerju vrsto vprašanj v zvezi s težnjami po farmakoterapiji "od spodaj". Tudi v primerih, ko posamezne terapije ne obrodijo pričakovanih rezultatov, ostane zaupanje v terapijo kot *sistem* neomajno (besedo *sistem* moramo tukaj razumeti v najširšem pomenu besede), ljudje pa se še naprej zatekajo k takšnemu načinu zdravljenja. Prav v Karniji je poraba za zdravstvene storitve na osebo med najvišjimi v Italiji. Kaj naj bi to pomenilo? Ne samo tega, da so zdravstvene storitve zelo učinkovite, lahko bi pomenilo tudi, da v okolju, kjer so bili vzpostavljeni sistemi, v katerih sta vladali kohezija in združbe kakor družina in tradicionalne solidarnostne mreže in kjer danes takšni sistemi izginjajo, prav terapevtski sistem zdravljenja rešuje pojavljajočo se krizo, in sicer na posameznikovi, ne na skupinski ravni.

Kar se tiče psihosomatskih obolenj, pa moramo poudariti, da izražanje neugodja preko telesnih motenj, zaradi katerih ženske iščejo zdravniško pomoč, ni samo klinična poteza, marveč gre za uporabo telesnih motenj, ki jih okolje dovoljuje, v katerih okolje prepozna bolezen ali slabo počutje.

Pojav migracije v Furlaniji in Karniji je že bil predmet raziskav, še vedno pa so tu vidiki, ki bi jih bilo vredno poglobiti. Poleg ekonomskih in družbenih vidikov bi lahko v antropoloških, psiholoških in simboličnih okvirih preučili pomen tiste vrste migracije, ki je usmerjena k vrnitvi v kraje, od koder ljudje izhajajo, migracije, ki ni usmerjena k uresničitvi pričakovanj, želja, načrtov. Kakšne so človeške žrtve ob vrnitvi, pa naj bo še tako zelena? Zelo pogosto je takšna vrnitev izkušnja, polna trpljenja, ne samo z ekonomskega vidika, oziroma, ne samo v smislu težav, ki nastopajo ob ponovnem vključevanju v produkcijo ter ob poznejši upokojitvi, temveč tudi v smislu težav, ki nastopajo ob vzpostavljanju pomenov in odnosov, vsakdanjosti, čustev. Že marsikdo nam je implicitno poročal o neugodju, ki ga občuti, vendar doslej svojega neugodja še niso povezali z izseljenstvom in vrnitvijo, zakaj priznanje, da je vrnitev tako težka, da je njena cena tako visoka, je zelo boleče. Še huje občuti vrnitev "druga generacija", otroci, ki so se rodili v tujini in ki so se v iskanju sledi svoje družine vrnili v Karnijo, ali pa hčerke drugih italijanskih izseljencev, ki so se omožile z moškim, po rodu iz teh krajev, in mu sledile v njegov kraj. Ko so se omožile z moškim, so se omožile tudi z njegovim jezikom in njegovim krajem. Omožile so se s težavami, ki se pojavljajo ob vrnitvi, z neugodjem, ki ga občuti mož. Težko se vključijo v okolje, oddaljene so od svojih sorodnikov, medosebnih odnosov, prijateljev, čustev. Nova kultura okoli njih je drugačna: zaprta, tiha. Prišle so v deželo, kjer razen ljubljenega moža nimajo nikogar.