

Darja Zaviršek

PSIHIATRIČNI ODDELEK MED BOLEZNIJO IN NJENO KULTURNO MANIFESTACIJO

ŠTUDIJA PRIMERA

(I)

Pričujoča razprava je nastala kot antropološka analiza raziskave, ki je potekala na enem od ženskih oddelkov v Psihiatrični kliniki Polje v letih 1992/93. Njena vsebina bo razdeljena na tri dele z naslednjimi poglavji, ki bodo objavljeni v treh zaporednih številkah revije:

1. Tradicionalne oblike manifestiranja duševnega trpljenja
2. Raziskovanje med antropologijo in avtobiografijo
3. Prostor, čas in simbolna organizacija
4. Življenje v instituciji
5. Uporabnice in njihove zgodbe
6. Socialna podpora kot dejavnik pospeševanja duševnega zdravlja
7. Antropološko zagovornišvo

Bibliografija bo objavljena na koncu celotne razprave.

Na tem mestu se želim zahvaliti psihiatrinji dr. Vesni Švab, katere zaupanje v antropološko perspektivo in v nujnost sprememb je raziskovalkam omogočilo delo, njeno neprestano nezadovoljstvo z raziskovalnimi rezultati pa je spodbujalo kritično prevpraševanje in omogočilo razumevanje zunanjih in notranjih, osebnih in institucionalnih realnosti.

TRADICIONALNE OBLIKE MANIFESTIRANJA DUŠEVNEGA TRPLJENJA

S študijo primera sem se omejila na eno od psihiatričnih institucij, Psihiatrično kliniko Polje v Ljubljani, za paradigmatški okvir analize pa imam antropologijo zdravlja. Njena temeljna predpostavka je, da sta zdravje in bolezen kulturna konstrukta, njune manifestacije pa

del kulturnih vzorcev neke določene družbe. Z vpeljavo analize spola sem že v prejšnjih razpravah pokazala na pomen upoštevanja spolnih razlik na področju izražanja duševnega trpljenja (ZAVIRŠEK 1994).

Ko govorim o kulturi, mislim paletu kondicioniranih odgovorov, ki jih delijo članice in člani določene skupnosti. Kultura določa "normalnost" in "nenormalnost", vpliva na klinično podobo dočenih vedenj in stanj, na njihovo pojavnost ter na načine prepoznavanja bolezni, njenega etiketiranja in celotne obravnave. Kultura vpliva na pomene, ki jih prizadeti človek, njegovi najbližji in okolica dajejo pojavu že definirane "zdravja" ali "bolezni". Uporabljala bom holistično perspektivo, ki pomeni interrelacijo med kulturo in socialnim življenjem. Moj interes bo usmerjen v bolezen kot klinično realnost, še zlasti pa v bolezen kot socialno realnost, ki je odvisna od kulturnega in socialnega konteksta prizadete.

Kultura določa tudi koncepte normalnosti in nenormalnosti v vsaki družbi, specifične kulturne predstave o spolih pa določajo koncepte normalnosti in nenormalnosti glede na spol. Vse to oblikuje široko področje duševnega zdravlja, ki ga sestavljajo verovanja in predstave o bolezni in zdravlju, njihov *performance* in njihova institucionalna obravnava. V instituciji dobijo koncepti normalnosti in nenormalnosti določene diagnoze in etikete, ki so prav tako socialni konstrukti. To dokazujejo zlasti medkulturne študije antropologije zdravlja in transkulturalne psihiatrične raziskave, ki so se začele uveljavljati predvsem od druge polovice 70. let naprej.

Za primer naj navedem, da so evropski pisci v 18. stoletju verjeli, da "ne-Evropejci" nikoli ne morejo biti duševno bolni. V 19. stol. je bilo med zdravniki splošno sprejeto stališče, da črnci lahko znorijo, ne morejo pa postati depresivni. Depresija je bila namreč bolezen odgovornosti in občutkov krivde, suženjski in podrejeni položaj pa naj bi črnce, "odrešene" vseh odgovornosti, branil pred depresivnimi in melanholičnimi stanji (LITTLEWOOD, LIPSEDEGE 1989). V Sloveniji je konec 19. stoletja medicina tako kot drugod v zahodnih državah verjela, da je histerija skoraj epidemično razširjena bolezen žensk.

Rasistični predsodki, razredna neenakost in spolna asimetrija so značilni tudi za današnjo psihiatrijo. Na primer, pri enakih simptomih se v ZDA diagnoza shizofrenija uporablja pogosteje kot v Veliki Britaniji. In v Veliki Britaniji je znano, da so črnci pogosteje "prediagnosticirani" (overdiagnosed) kakor belci, ki imajo enake simptome (FERNANDO 1992). Mladi črnci so diagnosticirani predvsem z diagnozo "kanabis psihoza" (*cannabis psychosis*), ki kaže, kako slabo beli zdravniki razumejo afriške kulture, in povrh njihove rasistične predsodke proti črncem.

Danes prevladujejo v Evropi med ljudmi z diagnozo depresija ženske, v predvojni Nemčiji pa je bila depresija značilna diagnoza za Žide, povezana z omenjenimi občutki odgovornosti. Do obdobja 50. let depresije med Afričani in Azijci zahodna medicina ni poznala, potem pa je število ljudi z depresijo narastlo zlasti med Afričani (FERNANDO 1992). Za Azijce danes velja, da duševno trpljenje praviloma somatizirajo, zaradi kulturne nesprejemljivosti duševne stiske, ki bi dobila psihiatrično diagnozo.

Vse to dokazuje, da na diagnoze vplivajo socialne predstave o določeni kulturi, rasni predsodki in seksizem.

Morda lahko za najpomembnejšo ločnico, ki je zaznamovala uveljavitev novih konceptov na področju kulturnih modelov bolezni in zdravlja v različnih družbah, določimo leto 1977. Tedaj je eden najpomembnejših raziskovalcev tega področja Arthur Kleinman objavil članek, v katerem je ostro kritiziral tradicionalne raziskave transkulturne psihiatrije. Te študije so namreč na raznih delih sveta iskale

simptome in bolezni, ki so del zahodnoevropskega miselnega sistema in kulturnega kroga. Tako so raziskovalci iskali psihotične epizode med ameriškimi Indijanci in depresijo med Eskimi. Kleinman (1977; 1987) je svojo kritiko prenašanja zahodnih modelov diagnosticiranja na druge kulture, ne da bi izhajali iz kulturnih vzorcev kulture, ki jo raziskujemo, poimenoval "kategorialna zmota" (*category fallacy*) in vpe-ljal razliko med zanesljivostjo in veljavnostjo psihiatričnih diagnoz.

To razliko je mogoče prikazati na naslednjem primeru. Nekateri ameriški Indijanci v času žalovanja za umrlim slišijo glasove. Interpretacija tega doživljanja kot psihoze, tj. patologije, je v pojmovnem okviru zahodne medicine zanesljiva, vendar v kulturnem kontekstu indijanskih plemenskih skupin neveljavna. Veljavnost določene diagnoze se lahko vzpostavi šele z razumevanjem določenega kulturnega konteksta. V nasprotnem primeru lahko govorimo o kategorialni zmoti, ki ne temelji na lokalnem etnografskem kontekstu.

Kultura namreč oblikuje tako izkušnjo bolezni kot njeno medicinsko interpretacijo. "Kategorialna zmota" so za Kleinmana vse kategorije, ki se zdijo neodvisne od kulturnih vrednot in ne upoštevajo lastne kulturne specifičnosti. Tradicionalna transkulturna psihiatrija je upoštevala bolezen kot univerzalno entiteto, ne da bi upoštevala tudi različne kulturne norme in lokalne vzorce kulturnih norm obnašanja. Tako so definirano bolezen začeli pojmovati kot stvar in ne kot razlagalni model, ki se razlikuje od kulture do kulture.

Ko primerjamo bolezni, poudarja Kleinman, "vedno primerjamo razlagalne modele in ne entitet", saj "kultura oblikuje bolezen tako, da najprej oblikuje naše razlage bolezni" (1977: 4). Zato je prenašanje zahodnih psihiatričnih kategorij v neevropske kulture produkcija "kategorialne zmote", ki aplicira zahodne diagnoze v druga kulturna okolja.

Ljudje torej manifestirajo nezadovoljstvo v sprejemljivih kulturnih vzorcih obnašanja. Kulturno sprejemljiva vzorca manifestiranja duševnih stisk v Sloveniji sta uživanje alkohola in samomor ali samomorilni poskus. Zato je tudi na ravni biomedicinskega klasificiranja v Sloveniji ena najznačilnejših diagnoz za moške

alkoholna psihoza, med ženskami pa prevladujeta nevroza in depresija. Zdi se, da je histerijo kot žensko diagnozo zamenjala depresija.

Alkoholizem in samomorilnost lahko uvrstimo tudi med kulturno vezane sindrome, med katere uvršča antropologija tiste pojave, ki so izključno posebnost določenega kulturnega okolja ali pa v njem prevladujejo. Med mladimi ženskami Zahodne Evrope in Severne Amerike so danes motnje v hranjenju tako razširjene, da lahko govorimo o anoreksiji kot o kulturno vezanem sindromu, saj so posledica kulturnih predstav o ženski lepoti in ponotrženih zahtev, ki jih družba naslavlja na posameznico. Nasprotno pa teh motenj afriške ali azijske kulture sploh ne poznajo.

Na področju duševnega zdravja imamo v Sloveniji šest psihiatričnih bolnic, zavod za kronične duševne bolnike in duševno prizadete (Hrastovec-Trate), oddelke za duševno motene v domovih za ostarele, nebolnišnične dejavnosti (psihiatrične ambulate) in vmesne strukture, temelječe na principu dela v skupnosti (stanovanjske skupine, telefoni, nekaj društev, ki temeljijo na prostovoljnem delu) (FLAKER 1993). Po podatkih, ki jih statistična služba spremlja od leta 1986, se v slovenski psihiatriji zdravi od 9.000 do 10.000 ljudi.

Leta 1989 je bil alkoholizem pri moških v 81,2% vzrok za sprejem v tedaj Univerzitetno psihiatrično kliniko Polje (UPK Polje), pri ženskah pa je bil vzrok v 18,8%. Na alkoholološkem oddelku na Centru za mentalno zdravje v Ljubljani je bilo leta 1989 v primerjavi z ženskami prvič sprejetih štirikrat več moških zaradi alkoholne odvisnosti. Pri ženskah, ki so bile prvič sprejete, je bil alkoholizem na drugem mestu, takoj za nevrotskimi motnjami (MILČINSKI in sod. 1991). Zadnje raziskave pa kažejo porast alkoholizma tudi med ženskami (*ibid.*). Najverjetneje je v Sloveniji 80.000 oseb, ki jih medicinske klasifikacije uvrščajo med ljudi, odvisne od alkohola.

Raziskave kažejo, da obstajajo razlike v spolu, socialni strukturi in vzrokih za iskanje pomoči med bolnico v Polju in Centrom za izvenbolnišnične psihiatrične dejavnosti (MILČINSKI in sod. 1991). V CIPD je bilo na primer leta 1989 (zadnjega leta, za katerega je bila narejena obsežna raziskava) opravljenih 61.309

storitev. Od teh je 2.250 oseb prvič iskalo pomoč v psihiatriji. 1.222 je bilo žensk (54,3%) in 1.028 moških (45,7%). Ženske so iskale torej pomoč pogosteje (8,6%) kot moški. Najpogostejše so iskali pomoč samski moški in poročene ženske. Med poklicno izobrazbeno strukturo med moškimi prevladujejo kvalificirani delavci (26,1%), med ženskami pa uslužbenke s srednjo izobrazbo (20,5%).

Če vpeljemo še razlike med spoloma po diagnozah, je mogoče videti, da slovenske statistike potrjujejo ugotovitve zahodnih držav, saj velja tudi na CIPD depresija za specifično "žensko diagnozo". Izmed vseh ljudi, ki so prvič iskali pomoč, jih je 427 (19%) dobilo diagnozo depresija (vseh različnih tipov). Od teh je bilo 139 moških (32,6%) in 288 žensk (67,4%). Povprečna starost je bila 41,8 let. V pregledu diagnoz je razvidno, da dobijo moški pogostejše diagnoze, povezane z alkoholno odvisnostjo, ženske pa pogostejše diagnoze afektivne psihoze, kamor spadajo depresivna in tesnoba razpoloženja. Izmed vseh ljudi, ki so leta 1989 prvič iskali pomoč na CIPD, je bilo največ tistih, ki so bili uvrščeni v diagnostično skupino nevrotskih motenj (570 oseb ali 25,3% celotnega vzorca). Zanimivo je, da je med njimi 61,8% žensk (352 oseb) in le 38,2% moških (218 oseb). Če podrobneje pogledamo, kaj se skriva za pokrivačnim pojmom nevrotске motnje, najdemo naslednja stanja: tesnoba, histerija, fobična stanja (agorafobija na primer, ki ga nekateri na zahodu poimenujejo tudi sindrom gospodinje), obsesivno-kompulzivne motnje, nevrotična depresija (pogosto posledica travmatičnega dogodka, kot je izguba osebe, ki je človeku blizu, prav pri ženskah pa lahko gre za travmatično doživetje posilstva, občutke izgube po ginekološki operaciji, ki je vezana na odstranitev rodilnih organov, opracije odstranitve prsi, spolne zlorabe v otroštvu, fizično nasilje kot travmatični dogodek in kot doživetje, ki pomeni izgubo predstav o harmonični družini ipd.), nevrastenija (pokrivajoči pojem, za katerim se skrivajo tipični "ženski simptomi" kot utrujenost, glavobol, migrena, nespečnost itn.), depersonalizacijski sindrom, hipohondrija, druge nevrotске motnje (*Duševne motnje*).

Gre potemtakem za natanko tiste oblike

manifestiranja duševnega trpljenja, ki se ga pripisuje ženskam in ki s svojimi oblikami poudarjajo "tipično žensko obnašanje". So posledica "ženske" socializacije in z njo povezanih poznejših življenskih izkušenj. Gre torej za tihe, nevpadljive, "vase obrnjene" oblike izražanja osebnega nezadovoljstva in trpljenja. Nemoteča obnašanja so del družbenih predstav o "normalnem" ženskem vedenju. Povezana so s tistimi specifičnimi ženskimi problemi, ki so posledica določenega načina življenja glede na družbena pričakovanja vezana na spol (ostajanje doma in s tem povezana osamljenost, občutki krivde, občutki odgovornosti za tisto, kar gre narobe v življenju drugih ljudi, strah pred drugimi in pred svetom, iskanje, "kaj sem sploh jaz", podrejanje svojih potreb potrebam drugih in s tem nerazvito zavedanje o lastnih potrebah, kronična utrujenost zaradi plačanega in neplačanega skrbstvenega dela ipd.).

Tudi analize izobrazbene strukture kažejo na součinkovanje spola, slojevske pripadnosti in oblike manifestiranja duševnega trpljenja. Mogoče je postaviti hipotezo - ki pa je statistično ne moremo dokazati, ker ni podatkov -, da se kaže pri moških iz sloja kvalificiranih delavcev duševno trpljenje v odvisnosti od alkohola, kar je socialno sprejemljiva oblika izražanja vsakdanjega nezadovoljstva. Z alkoholom je povezano tudi izražanje jeze, besa, ki se manifestira v obliki fizičnega in spolnega nasilja praviloma nad osebami, ki so moškemu najbližje.

Nasprotno pa ženske iz skupine kvalificiranih delavk svoje stiske somatizirajo v obliki fizičnih bolezni in sindroma kronične utrujenosti, uslužbenke s srednjo izobrazbo pa izražajo svoje trpljenje po sprejemljivem "ženskem" vzorcu, ki ga obsega pokrívajoč pojem nevrotske motnje. Le-ta se v nekaterih točkah stika s tradicionalno žensko diagnozo histerijo.

Drugače kot na Centru za izvenbolnišnične psihiatrične dejavnosti je bilo tistega leta v Psihiatrični kliniki Polje (PKP) prvič diagnosticiranih manj žensk (47,5% ali 377 oseb) kot moških (52,5% ali 417 oseb), njihova povprečna starost pa je bila nižja (46,1 let) kot povprečna starost oseb na CIPD (kjer obravnavajo tudi otroke in mlade). Na CIPD prevladujejo

kvalificirani delavci in delavke, ljudje s srednjo izobrazbo, nekvalificirani delavci in upokojeneci, poklicna izobrazba v bolnici Polje pa kaže drugačno podobo. V celotnem vzorcu so prevladovali upokojeneci, sledili so nekvalificirani delavci, kvalificirani delavci, za četrto najštevilnejšo skupino pa ni bilo podatkov. To dokazuje, da je poklicno-izobrazbena in s tem tudi slojevska struktura ljudi, ki pridejo po pomoč v bolnico Polje, nižja od tiste, ki je značilna za CIPD. Razlike se pojavljajo tudi v diagnozah. Prvi dve najpogostejši diagnozi sta na CIPD nevrotske motnje in akutna reakcija na stres, v PKP pa alkoholna odvisnost in alkoholne psihoze ter shizofrenske psihoze. Med osebami, ki so bile diagnosticirane kot alkoholna odvisnost, je bilo 81,2% moških (125 oseb) in le 18,8% žensk (29 oseb). To je tudi eden od razlogov za to, da v številu hospitalizacij prevladujejo moški, za katere je odvisnost od alkohola eden od kulturno pogojenih odgovorov na vsakdanje strese, izgube in stiske.

Tudi v PKP je depresija uvrščena med "ženske" motnje, saj je bilo od vseh oseb z depresivno simptomatiko 83,2% žensk (84 oseb) in 16,8% moških (17 oseb). Depresija je tudi pri nas "ženski odgovor" na razočaranja in izgube, ki se namesto jeze in zahtev po spremembi kanalizira v tiho umaknjenost vase. Zdi se, da je "imeti depresijo", kot so mi pripovedovale uporabnice PKP, manj stigmatizirajoče kot "imeti" kaj drugega. Večina informatork s to diagnozo mi je povedala ime diagnoze. Druga informatorka s "težjo diagnozo" pa mi je rekla: "Saj je vseeno, kaj imam. Zdravnica je rekla, da imam bolne živce."

Tako kot na CIPD je tudi v PKP najpogostejša izobrazbena skupina pri moških kvalificirani delavec. Drugače pa je pri ženskah, saj v PKP prevladujejo upokojenke, sledijo jim uslužbenke s srednjo izobrazbo in nekvalificirane delavke. Nizka poklicno-izobrazbena struktura dokazuje, da pripadajo ljudje, ki iščejo pomoč v psihiatričnih institucijah, nižjim socialnim slojem, kar pomeni tudi, da so bolj kot druge skupine ljudi obremenjeni z ekonomskimi problemi in s tistimi skritimi oblikami deprivacije, ki jih prinaša ekonomsko ranljivejši položaj.

Po Svetovnem statističnem letopisu iz leta 1991 je Slovenija po številu samomorov na

drugem mestu. Z letnim koeficientom 33,6 (število samomorov na 100.000 prebivalcev) sledi Madžarski (39,6), Sloveniji pa sledijo Sri Lanka (33,2), Finska (28,5) in Avstrija (27,2). Na leto je registriranih od 600 do 700 poskusov samomorov, strokovnjaki pa ocenjujejo, da je število desetkrat višje. Povprečna starost oseb, ki naredijo samomor, je pri obeh spolih 48 let. Največ samomorov med moškimi je v starostnem obdobju 35-39 let in med ženskami v starostnem obdobju 60-64 let. Moški trikrat pogosteje izvedejo samomor kot ženske, ženske pa pogosteje poskušajo samomor. Center za mentalno zdravje v Ljubljani je za leto 1989 zabeležil 35,3% moških, ki so preživelci poskus samomora (18 oseb) in 64,7% žensk (33 oseb). Od leta 1992 se kaže porast samomorov med ženskami. Obešenje je še vedno najpogostejši način samomora v Sloveniji, sledijo zastrupitve in med ženskami zlasti utopitve.

Ta pomanjkljivi statistični prikaz naj služi za to, da si bolje predstavljamo gornjo trditev o dveh značilnih vzorcih manifestiranja duševnega trpljenja. V luči kulturnih značilnosti jih je treba povezati s tradicionalnimi vrednotami, ki prevladujejo v slovenski družbi in vsebujejo tudi tradicionalne predstave o zdravju in bolezni. V tej luči sta bolezen in zdravje med seboj ločeni dejstva. Fizična bolezen je družbeno sprejemljiva, duševna stiska pa je nesprejemljiva in prinaša stigo.

Marko Kerševan (1990) opiše slovensko družbo kot kombinacijo "tradicionalne zaprtosti in modernega individualizma". Po eni strani gre torej za vrednostni sistem tradicionalno ruralne kulture (ki je v nasprotju z industrijskoekonomskim razvojem in delom ljudi v sekundarnem in terciarnem sektorju), po drugi strani pa gre za pričakovani razpad tradicionalnih vezi solidarnosti, podpore in samopomoči. Glavna vrednota je v tej kulturi delo, ki daje vidne rezultate in ki je v tradicionalni kulturi tudi mehanizem za obvladovanje različnih emocionalnih nezadovoljstev. Človek je vreden toliko, kolikor naredi, kar naredi, pa mora imeti vidne rezultate. Značilnost ruralne kulture je tudi v tem, da pogovor kot dejavnik emocionalne socialne podpore nima vrednosti. Ruralna kultura je v nekem smislu "mutasta kultura". Prav samomori in različne odvisnosti

(in deloma tudi depresivna razpoloženja) so nemi odgovori na razočaranja in izgube.

V tradicionalni ruralni kulturi so tudi institucije, ki se ukvarjajo z duševnim zdravjem, tradicionalne. Njihova značilnost je, da temeljijo na medicinskem pojmovanju duševnega zdravja, ki z medikamenti zdravi telo. Obenem pa se vanje pogosto zatekajo ljudje z najrazličnejšimi težavami, ki nimajo medicinskega izvora. Na medicinskem modelu utemeljene institucije opravljajo vlogo zavetišč in azilov. Medicinsko osebje psihiatričnih služb v Ljubljani se danes spominja, da so mnoge prebivalce nekdane Cukrarne, ko so jo zaprli, "preselili" v Polje. Ko so v časih komunističnega režima v Ljubljani pričakovali člane najvišjega jugoslovanskega vodstva, so nekaj dni prej odpeljali klateže v Polje. Vse to dokazuje socialno, pa tudi politično vlogo, ki jo v takem okolju opravljajo psihiatrične institucije.

Manifestiranje vsakdanjih nezadovoljstev z alkoholom ali s poskusi samomorov je zaradi njune kulturne sprejemljivosti manj stigmatizirajoče kot druge psihiatrične diagnoze. Obe sta v simbolnem smislu "moški" dejanji.

Dejstvo, da je v tradicionalni kulturi človek bolan takrat, ko je nekaj narobe z njegovim telesom, nas pripelje do vprašanja somatizacije človeških stisk. Vsaka kultura ima tudi svoje kulturne teorije bolezni in zdravja. Najočitnejše razlike med različnimi kulturami se kažejo na primeru somatizacije in psihologizacije (KLEINMAN 1977; WHITE 1982). V številnih kulturah je somatizacija veliko pogostejša kot psihologizacija, součinkovanje potreb in ponudbe pa se kaže v številu služb za duševno zdravje, njihovih uslug, svetovalnih in terapevtskih ponudb ter prostovoljnih skupin.

V zahodnih državah ljudje praviloma psihologizirajo stiske. Nasprotno pa so azijske, afriške in manj razvite evropske kulture bolj nagnjene k somatizaciji vsakdanjega trpljenja. Zato obstaja v teh državah majhna ponudba služb za duševno zdravje in svetovalnih in terapevtskih tehnik. Arthur Kleinman je somatizacijsko družbo najlepše prikazal na primeru Kitajske in jo kot strategijo za iskanje pomoči povezal s kulturnimi razlagami bolezni, ki veljajo v tej kulturi. Čeprav ljudje uporabljajo bolezen kot legitimno sredstvo, da nič več ne

opravljajo vsakdanjih dolžnosti, jim v okviru medicinskega pojmovanja problema somatizacija omogoča nestigmatizirajoči status. Fizično trpljenje je v kitajski kulturi legitimna manifestacija nezadovoljstev in stisk.

V tradicionalni kulturi je človek telo, bolezen pa je samo tisto, kar je vidno na zunaj. Taka kultura ne pozna procesov samoanalize in psihološkega poimenovanja neugodja. Ljudje vsakdanjega nezadovoljstva ne "občutijo" kot emocionalno stanje in ga ne znajo izraziti s pomočjo psiholoških pojmov. O neizraženem nezadovoljstvu in o duševnem trpljenju govorijo odvisnosti, samomori in bolezni. Telesne bolečine so v slovenski družbi sprejemljiv način, kako izraziti, da je "nekaj narobe". O tem govori tudi vse pogostejši sindrom kronične utrujenosti. Tradicionalne oblike pomoči prav te vrste vsakdanjega psihičnega trpljenja ne dosežejo. Mit o tradicionalni solidarnosti in samopomoči ostaja realnost samo tako dolgo, dokler se gibljemo na ravni materialnih dobrin in vsakdanje pomoči pri delu (zato na Slovenskem tudi nimamo brezdomcev), ko pa iščemo oblike medsebojne pomoči in solidarnosti na ravni emocionalne podpore in medsebojnega opogumljanja, nas iskanje najpogostejše pripele le do institucionaliziranih odgovorov, ki jih dajejo nekatere socialne, psihosocialne in verske ustanove.

Vse to dokazuje tudi dejstvo, da v Sloveniji nimamo tradicije psihoterapevtskih praks, kjer bi se razvijala kultura neugodja in kultura govora o lastnih duševnih stiskah. Prav tako nimamo tradicije skupin za samopomoč, kjer bi posamezniki in posameznice delile svoje zgodbe, osebne biografije in iz njih črpale emocionalno podporo. Edine skupine z veljavo in tradicijo so skupine anonimnih alkoholikov (AA), ki pa imajo pogosto značaj kvazireligioznih skupin, temelječih na priznanju krivde in "popravljanju" napak.

Kleinman (1988: 57) definira somatizacijo kot "komunikacijo osebnih in medosebnih problemov s fizičnimi idiomi stiske", njeni vzroki pa so lahko različni. Lahko je način, kako se oseba zavaruje pred stigmo, način izražanja emocij, oblika komunikacije ali pa način potlačitve čustev. Donatella Cozzi poudarja, da je somatizacija povezana s socialnimi

razmerami, v katerih oseba živi, in da je najpogostejše povezana z nizkim socialnim statusom in z nizko izobrazbo (Cozzi 1993).

V tradicionalnejših okoljih uporabljajo ljudje svoje telo kot delovno orodje. Telo, ki se v urbanih kulturah vrednoti glede na obstoječe spolne in lepote ideologije, je v ruralnih področjih vredno toliko, "kolikor se z njim da narediti". Zato je prvi in zares pravi znak bolezni tisti, ki človeku onemogoči opravljanje vsakdanjih opravil. V kmečkih skupnostih, kjer se delovni dan konča, ko je "delo opravljeno", se človek šele zares razlikuje od drugega človeka, ko "ne more več delati". Nesposobnost za delo (ki običajno zahteva fizični napor in veliko zdržljivost), je eden od najvidnejših odstopov od družbenih norm, ki veljajo na vasi. Vsekakor pa je v kmečki kulturi fizična bolečina priložnost, da bolna oseba dobi socialno podporo in obenem ostane v okvirih kulturno sprejemljivega izražanja vsakdanjih stisk.

Somatizacija je torej družbeno sprejemljiv način manifestiranja čustvenega nezadovoljstva, ki je posledica objektivnih, socialnih in subjektivnih življenjskih situacij. V kulturah, kjer ljudje manifestirajo čustva prek telesa, postane, kot poudarja Arthur Kleinman (1980), telo simboličen most med boleznijo in čustvi. Somatizacija, ki se manifestira v kroničnih boleznih, je dovoljena oblika izražanja psihičnih stisk, ki jo uporablja večina prebivalcev in prebivalk.

Domnevamo lahko, da ljudje za večino motenj in bolezni nikoli ne iščejo zdravniške pomoči, saj si pomagajo sami, večina pa, kot je za tradicionalna okolja značilno, vprašanju psihičnega in fizičnega zdravja ne namenja velike pozornosti. Da ljudje vendarle trpijo za različnimi bolečinami, dokazuje podatek, da so v Sloveniji močno razširjeni analgetiki, ki so v prosti prodaji in jih ljudje uporabljajo proti vsem vrstam bolečin. Marsikje je mogoče govoriti o njihovi zlorabi. Drugo razširjeno zdravilo so benzodiazepinske droge, ki jih predpisujejo splošni zdravniki in psihiatri, uživajo pa zlasti ženske.

Telo je torej sredstvo komunikacije in hkrati govorica. Je zbirka simbolnih reprezentacij in obenem upredmetenje norm, moralnih pravil in disciplinskih tehnik. Bolezen je

prepoznana kot legitimno somatsko stanje telesa in je del socialne interakcije. Način identifikacije s telesom je individualna, intimna izkušnja človeka, pa čeprav vsi živimo fizično podobno telo. Nekatere ženske dojemajo telo kot nekaj kaotičnega, kar se njih samih ne tiče. Nekatere sprejemajo določene dele svojih teles, druge ne. Tretje so sestavljene iz več teles.

Prav ob bolezni se najbolje pokaže razcep med tem, da je telo materialni organizem in hkrati, kot bi dejala Susan Sontag (1983), metafora. Bolezen je lahko poskus razcepa, alienacije, saj se človek s telesom nič več ne identificira. Bolezen ponuja kaos, ki nima zveze s posameznikovo subjektivno izkušnjo. Razcep, ki se pogosto označuje kot patološki (kakor npr. prostitutke govorijo o razcepu med telesom in notranjostjo), je v nekaterih primerih nujen za preživetje.

Ko sem ljudi v psihiatrični bolnici vprašala, zakaj so v bolnici, so pogosto omenjali bolezen organa. Ena od žensk je rekla, da je prišla na psihiatrijo, ker jo bolijo noge. Druga mi je pripovedovala, da jo boli hrbet. Nabitost s simbolnimi pomeni, negativnimi konotacijami in stigmo, ki jo nosijo že same psihiatrične diagnoze, ne glede na to, ali so pripete na določenega posameznika ali ne, kaže izjava ene od uporabnic: "Zdravniki pravijo, da imam shizofrenijo - se grozno sliši, kajne?"

Nekatere govorijo o "preživelih skrivnostih" (*surviving secrets*) travmatičnih dogodkov, druge o "telesnih spominih", ki se v življenje odraslega izražajo kot bolezni in psihosomatske motnje: migrene, astma, ekcemi, epilepsija ali psevdopilepsija, bolečine v križu, problemi z grlom, bolečine v želodcu, različni tvori v ustih, ginekološki problemi in motnje v hranjenju (WALKER 1992; SINASON 1992).

Ena od značilnosti tradicionalne psihiatrije je prav ta, da pogosto zanika povezave med dogodki vsakdanjega življenja in hospitalizacijo. Antropologija zdravja pa pokaže, da je vsaka bolezen tudi govorica, da je telo njen reprezentant in pripovedovalec in da je medicinska obravnava socialna in politična praksa. Je torej, kot bolezen sama, družbeni fenomen.

RAZISKOVANJE MED ANTROPOLOGIJO IN AVTOBIOGRAFIJO

Odločitev za to, da antropološki teren omejim na prostor odprtega oddelka psihiatrične bolnice Polje, ima dolgo zgodovino, ki jo lahko v antropološkem refleksivnem zapisu opredelim kot avtobiografsko. Začela se je s terenskim delom v Zavodu za duševno in telesno prizadete Hrastovec-Trate (leta 1987) in se nadaljevala z različnimi projekti za ustanovitev skupnostnih služb za ljudi v globoki duševni krizi. Vse to pa so spremljali osebni stiki z ljudmi, ki so skozi leta podaljševali svojo psihiatrično kariero.

Raziskavo sem koncipirala skupaj s sociologinjo Mojco Urek, s katero sva delili tudi prve mesece terenskega dela (gl. dnevnik). Obe sva imeli več izkušenj z uporabo poglobljenega intervjuja kot raziskovalne tehnike, veliko manj pa z izdelavo vprašalnika, ki sva mu pripisovali velik pomen. Pomen najinega skupnega raziskovalnega dela je bil v tem, da sva izhajali iz skupne raziskovalne tradicije akcijskega raziskovanja, saj sva se obe več let ukvarjali s problemom duševnega zdravja in delili izkušnjo večkratnega bivanja v Hrastovcu in Tratah (gl. FLAKER, UREK 1988).

Sama sem se odločila za antropološko deskripcijo ženskega oddelka in za zapisovanje življenjskih zgodb uporabnic. Ta odločitev je izhajala iz drugega vira mojih znanstvenih interesov: ženskih študij in feministične teorije. O pomenu feministične teorije za vpeljavno kategorije spola v znanstveno raziskovanje sem govorila v prejšnjih razpravah (ZAVIRŠEK 1994). Antropologinje in antropologi so na začetku 80. let na antropoloških terenih začeli upoštevati socialne konstrukcije moškosti in ženskosti. Tudi na antropološko teorijo je odločilno vplivalo dejstvo, da so vse kulture konstruirane tudi prek dualnosti spolov in da so vsa človeška ravnanja določena s pripadnostjo moškemu ali ženskemu spolu.

Antropologi in antropologinje pa niso pozorni le na to, kakšne vrste spolna razmerja in spolne konstrukte bodo našli v določeni kulturi, temveč tudi na to, kako vpliva njihova lastna spolna identiteta in tudi predstave kulture, iz katere prihajajo, na to, kar bodo našli, pa tudi na to, kar napišejo. O tem so zadnje

desetletje pisali številni pomembni antropologi in antropologinje (MOORE 1988; OKELY, CALLAWAY 1992).

Sama sem izhajala iz prepričanja, da mi reflektirana pozicija, biti ženska, omogoča, da bolje razumem socialne realnosti, o katerih govorijo uporabnice, in da se na njihove zgodbe lažje odzivam ne le s pristranskostjo, ki je značilna za feministično raziskovanje in za antropološko zagovornišvo, temveč tudi z dovolj empatije, ki jo tako delo zahteva. Politična komponenta moje odločitve je izhajala iz prepričanja, da socialna realnost žensk vpliva na njihovo duševno zdravje in da so prav tiste skupine žensk, ki so najpogostejše uporabnice psihiatričnih institucij, najbolj prizadete zaradi spolne asimetrije v današnji družbi. Ker so v Sloveniji deli te realnosti močno tabuizirani, je bila političnost raziskave v tem, da sem pripovedovalkam postavljala vprašanja, ki jih ni "še nikoli nihče vprašal". Vprašalnik je na primer zajemal vprašanja o preživetem fizičnem, spolnem in psihičnem nasilju, o številu zlorab in o povzročitelju. Čeprav je večina na omenjena vprašanja odgovorila nikalno, kot sem tudi pričakovala, pa je po končanem vprašalniku marsikatera začela pripovedovati prav zgodbe o fizičnih in drugih zlorabah, ki so jih preživele. Zapisana vprašanja so pomenila odkrivanje nekega tabuja, dovoljenje, da se o prikritem sme govoriti.

Raziskava je tako subjekte raziskave upoštevala tudi kot osebe, ki so nosilci določenega telesa in spolnih konstruktov. Helen Callaway (1992: 36) govori o "subjektih, ki jim je pripisan spol" (*gendered subjects*), torej o subjektih v kulturnem kontekstu, ki imajo kot ženske in kot moški med seboj različne izkušnje vsakdanjega življenja. Avtorica pri tem poudarja tudi zasluge ženskih antropologinj za kreiranje "subjektov, ki jim je pripisan spol", saj so bili moški antropologi nanje le malokdaj pozorni.

Raziskava je torej temeljila na perspektivi uporabnic, pacientk psihiatrične bolnice (*patients' view*). Zanimalo me je, kako uporabnice govorijo o svoji preteklosti, kako povezujejo svojo življenjsko zgodbo z dejstvom, da so bile vsaj enkrat hospitalizirane v psihiatrični ustanovi, in koliko je psihiatrija kot služba za duševno zdravje sprejemljiva za ljudi, ki jo

uporabljajo.

Glavne raziskovalne tehnike so bile vprašalnik, poglobljeni intervju in opazovanje z udeležbo. Izkušnje pri uporabi vprašalnika so pokazale, da je bil zaradi heterogenosti uporabnic oddelka za mnoge neprimeren; za nekatere predolg, za druge premalo razumljiv in za tretje neuporaben zaradi dolgotrajnega bivanja v instituciji, ki je njihovo realnost močno oddaljila od realnosti tistih uporabnic, ki so bile prvič v bolnici ali pa so se vanjo sem in tja vrnile.

Namen vprašalnika je bil, da dokumentira socialni položaj uporabnic, njene izkušnje nasilja, da se ugotovi, ali obstajajo specifično ženske oblike manifestiranja stiske in ravnanja z njo, ter da se ugotovi potrebe uporabnic po novih namestitvah in oblikah pomoči.

Najmanj posrečeni del vprašalnika je bil prav tisti, ki je spraševal po potrebah in novih oblikah pomoči. Izkazalo se je, da ženske ne morejo govoriti o novih oblikah pomoči, saj jih ne poznajo. Večina je izražala svoj odnos do novih psihosocialnih služb v smislu: "Tu mi je dobro, bolnica je pač bolnica." Za vse je bilo značilno, da v svojem življenju niso poznale pozitivne izkušnje sprememb in možnosti, da bi njihovo izražanje potreb po spremembi zares kaj spremenilo. Nemožnost razmišljanja o tistem, česar še ni, je izhajala tudi iz izkušenj, da se v življenju veliko ne spremeni, in iz položaja relativne nemoči, ko gre za odločilne spremembe.

Poglobljeni intervjuji so še enkrat potrdili vrednost kvalitativne metodologije v družboslovnem raziskovanju. Intervjuji so omogočili, da sem kot raziskovalka prišla s človekom v več kot le bežni stik, in postavili okvir, v katerem sem vsaj deloma razumela kompleksno kontinuiteto življenjske zgodbe in vsaj deloma razumela tudi povezave med hospitalizacijo in življenjskimi dogodki. Intervju je bil, če uporabim besede Ann Oakley (1992), raziskovalno orodje in hkrati orodje družbenega odnosa.

Poleg avtomatičnega zapisa na kasetofon je za intervju najpomembnejše poslušanje vseh ravni komunikacije, na katerih je posameznica odgovarjala na postavljena vprašanja. Gre za vse tisto, kar hoče oseba povedati, pa ne pove, kaj predlaga, ob čem se ustavi in kaj ji ne

pomeni prav dosti. Pomembno je poslušati tisto, kar Kathryn Anderson in Dana Jack (1991) poimenujeta "moralni jezik" (*moral language*) pripovedovalke. Nekateri govorijo tudi o "starševskem glasu" (*parental voice*), ki je najpogostejše koncentriran v samokritiki, v iskanju lastnih napak in slabosti. Moralni jezik govori o tem, kaj oseba potrebuje in kaj drugi mislijo, da potrebuje; je vmesni člen med lastnimi vrednotami in družbenimi normami. Prav za ženske pa je značilno, kot so pokazala pretekla poglavja, da se nanje naslavlja pro-tislovne družbene zahteve in take, s katerimi se jih veliko ne more identificirati, ne da bi jim to povzročalo občutke krivde. Danes vemo, da so prav negativne sodbe o sami sebi in s tem povezana šibka samozavest ter občutek lastne vrednosti izhodišča za razvoj simptomov, ki so diagnosticirani kot depresija.

Opazovanje z udeležbo sem opravljala zlasti pri tistih dogodkih, ki so bili del bolnišnične ponudbe in so imeli naravo skupinskosti (skupinske vizite, male in velike skupine). Drugačno pa je bilo tisto opazovanje z udeležbo, ki se je odvijalo v obliki sedenja na hodnikih. Sedenje na hodnikih ali v dnevni sobi je v bolnici oblika komuniciranja. Meni pa je omogočilo, da sem se od posameznic in od bolnišničnega urnika malo oddaljila, pogledala na dogajanje v instituciji in na posameznice iz "perspektive hodnika" in se spet vrnila v svet aktivnega poslušanja in pogovarjanja.

Kirsten Hastrup (1992: 117) poudarja, da antropološki teren nikoli ni le neposredni svet "drugih", temveč "svet med nami in drugimi". Še več: "Antropološki teren se nahaja med avtobiografijo in antropologijo" (*ibid.*). Gre torej za osebno izkušnjo, ki se nahaja v zapisanem. Pojem "izkušnja" kot del raziskovalne terminologije je izkušnja raziskovalke, ki postane v zapisanem del analize celotnega terena. Judith Okely, Helen Callaway in drugi (1992) poudarijo prav pomen avtobiografije na zbrane biografije in opise. Avtobiografija antropologinje je skrita v življenjskih biografijah informatorjev. In obratno, njihove biografije so določene prek avtobiografije antropologinje. Beseda avtobiografija, ki razpade na avto-biografija, o tem sama govori. Je lastna zgodba tistega, ki je v antropološkem kontekstu postavljen v vlogo

subjekta in objekta raziskovanja hkrati. Paradoks antropološkega terena je prav v tem, da gre, kot poudari Hastrup (1992: 119), za "intersubjektivno obliko objektivacije". Poglobljeni intervjuji, so bili uspešni le, če je med menoj in informatorko nastal odnos intersubjektivnosti, dialoško razmerje.

V tem dialoškem odnosu pa sem sama praviloma določala več pravil kot uporabnica, kot na primer, s kom se bom pogovarjala, koliko pogovorov bom s katero imela, kako dolgo bo tekel pogovor. Informatorka je tako po eni strani subjekt in po drugi objekt, nad katerim se izvaja subtilno nasilje. Skrite oblike nasilja so na primer situacije, ko sem žensko z vprašanji, ki niso imeli nobene zveze z zgodbo, ki jo je pripovedovala, poskušala usmeriti na drugo temo, ker zgodba, ki jo je pripovedovala natančno in ponavljajoče, zame ni bila več pomembna. Nasilje je mogoče odkriti tudi v dejstvu, da sem se z nekaterimi posameznicami pogovarjala le enkrat in da se je vzpostavljeno odnos po pogovoru najverjetneje za vedno pretrgal. Čeprav je pripovedovanje življenjske zgodbe vedno privedlo do intenzivnega stika, ki je bil bolj ali manj intimen in globok, pa ga je konec intervjuja tudi prekinil. To sem večkrat začutila kot boleče za informatorko, pa tudi zame. Razlika je bila v tem, da sem imela sama več možnosti kompenzacije za to izkušnjo trenutne izgube.

Ena od oblik nasilja je tudi dejstvo, da so zgodbe, ko so enkrat izrečene, popolnoma prepuščene antropologinji. Čeprav sem se z nekaterimi ženskami dogovorila, da so zapisano zgodbo prebrale in same sebe dopolnile, korigirale in izpustile tisto, po čemer bi jih bilo mogoče prepoznati, je vseeno odvisno od mene, kaj bom z zgodbami naredila. To lahko sproži občutek nemoči, saj je zgodba osebi "vzeta". Nedvomno je razmerje moč/nemoč med antropologinjo in informatorko skrito tudi v tem, da raziskovalka odloča o tem, ali se bo z žensko v obliki intervjuja še pogovarjala ali ne. Vprašanje je tudi, kako vpliva na raziskovalno situacijo dejstvo, da so bile uporabnice praviloma pripadnice spodnjega in nižjega srednjega razreda in da je bil moj mesečni zaslužek še enkrat ali dvakrat višji od njihovega, pa tudi to, da sama nisem nikoli doživela

izkušnje psihiatrične hospitalizacije?

Na pomen skritega nasilja antropoloških terenov je opozoril tudi Hastrup, ki je rekonstrukcijo življenjske zgodbe poimenoval simbolna smrt, saj daje življenjski zgodbi pomen le pogled, ki gleda v preteklost (1992: 124). Ko je biografija napisana, je spremenjena v mit. Ta pogled nazaj, torej retrospekcija, lahko šele naredi biografijo, ki se materializira v zgodbi. Smrt pa prinaša s seboj vedno tudi občutke izgube, ki se pogosto občutijo kot nasilje.

Zapis življenjske zgodbe je torej oboje, je zapis neke biografije, ki še ni končana in je hkrati s tem, ko je zapisana kot zgodba, drugačna od dejanskega življenjskega toka. Biografija se spremeni v mit, ki je verodostojni zapis in falsifikat hkrati. Zapis je odvisen namreč od okoliščin pripovedovanja in zapisovanja, od informatorjevega pogleda na lastne življenjske izkušnje, od "moralnih notranjih glasov" in od biografije antropologa. Zapisana življenjska zgodba ni nikoli več identična z nekim določenim življenjem, je odtujena osebi, ki je pripovedovala, in je hkrati prav to, kar je oseba pripovedovala. Tako je antropološki material avtentičen in neavtentičen hkrati. Vendar, kot zapiše Kirsten Hastrup: "Simbolno nasilje je neizogibno, toda antropološko pisanje zato še ni dejanje zatiranja." (1992: 124).

Za mnoge je bilo pripovedovanje življenjske zgodbe prav poseben dogodek. Za vse ženske, ki sem jih intervjuvala, je bilo značilno, da so vsaj del zgodbe pripovedovale prvič in da jih veliko stvari še nikoli nihče ni vprašal. Nekatere posameznice so mi nekaj dni po intervjuju prišle povedat, kaj so po intervjuju še premišljevale in česa so se še spomnile. Nekatere so prišle popraviti letnico in dopolnit kakšen dogodek.

Ženska, ki jo mož pretepa, mi je nekaj dni po najinem pogovoru povedala, da je o vprašalniku povedala možu. Povedala mu je, da sem jo vprašala, kdo so bili najpomembnejši ljudje v njenem življenju in da je našela mamo, očeta in starega očeta. Rekla je, da je s tem hotela možu povedati, da njega ni bilo med naštetimi. Nekatere uporabnice so se med seboj spodbujale: "Povej no raziskovalki o svojem življenju, jo zanima tvoja zgodba."

Ena od žensk, s katero sem se pogovarjala

več dni zapored, mi je nekaj dni pozneje rekla, da zdaj v življenju marsikaj bolje razume. Rekla je, da ji je žal, da ni imela že leta prej priložnost s kom govoriti o svojem življenju.

Veliko žensk je intervju "sprejelo" s hvalečnostjo in se na koncu zanj zahvalilo. Intervju je bil zanje izraz pozornosti, ki jim jo je naklonil drug človek, izraz spoštovanja. Spet se je izkazalo, da je poslušanje ena od najpomembnejših raziskovalnih tehnik. To je bilo nekaj, kar intervjuvanke niso bile navajene niti v vsakdanjem življenju niti v bolnici. Moje poslušanje jih je presenetilo in opogumilo. Zahvalile so se zato, ker sem jih poslušala, bila z njimi in se z njimi pogovarjala. Morda tudi zato, ker sem jih razumela in jim popestrila popoldne.

Vse to je antropološki teren na psihiatričnem oddelku močno razlikovalo od drugih klasičnih antropoloških terenov. Antropologi praviloma potrebujejo veliko časa, da se naučijo jezika in pravil, ki vladajo v drugi kulturi, in časa, da jih domačini sprejmejo medse. Sama sem zaradi dela v Hrastovcu in Tratah dobro poznala kulturo psihiatrične institucije, jezik, ki so ga govorili ljudje, in položaj, v katerem so se znašli. Tiste uporabnice, ki so prišle v bolnico prvič kot jaz ali pa so se vanjo občasno vrnile, so bile prav tako tujke kot jaz. Tujke so bile same zase, pa tudi za tiste, ki so živele v instituciji več let. Dolgoletne uporabnice so mi bile zaradi njihove vidne kronifikacije in institucionalnega kondicioniranja najbolj tuje, in tudi same so se me na začetku raje izognile. Za njih sem bila človek, ki je vdrl v njihov dom.

Ena od razlik med oddelkom kot antropološkim terenom in klasičnimi antropološkimi tereni je bilo tako vprašanje časa, ki so ga uporabnice potrebovale, da so me sprejele medse. Za večino je bilo značilno, da so me sprejele medse takoj in da so se že prvi dan začele zanimati, kdo sem in kaj počnem. Za večino od njih je bila značilna želja in potreba po tem, da bi bile ogovorjene in da bi se z njimi kdo pogovarjal. Čeprav antropološko raziskovanje nujno vzpostavlja "drugost", saj je pogoj raziskave ta, da obstaja drugi kot objekt raziskave, pa sta raziskovalka in informatorka tudi nujno v relacijskem odnosu. Ta interrelacijski odnos

je bil drugačen od tistega, ki so ga uporabnice poznale iz odnosov z medicinskim osebjem. Za mnoge je bilo to relacijsko razmerje privlačno, saj je bilo nekaj novega in neznanega v znanim prostoru. To razmerje jim je dajalo tudi novo identiteto. Morda se me je zato prijelo ime "raziskovalka Darja".

Kmalu po začetku raziskovanja sem naletela na fenomen, ki ga antropologi imenujejo problem "mojih ljudi". Ko sem hotela po tednu dni članom in članicam raziskovalnega tima poročati o tem, kaj počnem, kako zapisujem zgodbe, sem začutila nelagodje. Zdelo se mi je, kot da mi nekdo hoče nekaj vzeti, bila sem ljubosumna na to, da moram te zgodbe in vsa ta globoka doživetja deliti s skupino. Naenkrat se mi je moje početje zazdelo nesmiselno in moje delo v primerjavi z življenjskimi usodami teh ljudi prazno. Imela sem občutek posebne posvečenosti v neka življenja, posvečenosti do vstopa v neke zgodbe, v neko trpljenje. Kot da bom to, kar so mi ženske dale s tem, ko so z mano delile svoje zgodbe, zlorabila, če bom o tem govorila.

O problemu "mojih ljudi" se je v antropologiji dolgo govorilo kot o fenomenu "antropološke posesivnosti" in "narcizma". Čeprav se je pojavljal praviloma na vseh daljših antropoloških terenih, vseeno ni dobil pozornosti v smislu analize samorefleksivnosti. Antropolog in antropologinja, ki sta bila po eni strani soudeleženca nekega življenja, sta bila hkrati tudi njegova opisovalca. Človek je bil kot zapisovalec zgodb in biografij tudi kreator teh zgodb, bil je kreator etnološkega zapisa. S tem pa je ustvarjal "svoje ljudi". Ali kot zapiše Hastrup: "Ljudje seveda niso 'moji' kot individuumi, temveč kot prebivalci sveta, ki ga kreira moje pisanje." (1992: 126). Obenem pa so opisi antropologin in antropologov vsebovali tudi lastno avtobiografijo, ki je prinesla dvojno soudeležnost. Tudi sama sem z opisovanjem zgodb

kreirala "svoje ljudi", s katerimi sem bila tudi po koncu dejanskega pogovora in stika v prav posebni zvezi. Ta zveza pa se ohranja tudi v poznejšem tekstu, ki govori o realnem in imaginarnem hkrati. Govori o tistem, kar je, kar je bilo in o tisti nevidni povezanosti med raziskovalko in subjektom raziskave, ki pravo antropološko študijo šele omogoči.

Z antropologovo navzočnostjo v tekstu se antropologi ukvarjajo šele kratek čas. O tej kratki zgodovini je Hastrup zapisal: "Včasih je antropologinja potrdila svojo navzočnost na terenu, potem pa je izginila iz teksta. Danes zahtevamo, da ostane v njem, saj je bila njena prisotnost na terenu locus terena - sveta, ki ga opisuje." (1992: 126).

Raziskovanje vedno pomeni interakcijo med raziskovalko in raziskovanim, med tem, kaj je moja in kaj njihova realnost. Pripovedovanje in poslušanje je soustvarjanje zgodbe. Je soustvarjanje, premikanje meja in preizkušanje različnih prostorov. Zato mnoge antropologinje poudarjajo, da je življenjska zgodba, ki je nastala, vedno že "najina" zgodba, ki bi bila drugačna, če bi spraševal nekdo drug. Nikoli statična interakcija zbiranja zgodb vedno implicira premikanje, gibanje meja med menoj in drugimi. To omogoča spremembe v razumevanju problema pri obeh straneh: raziskovalki in informatorki.

Po drugi strani pa oralna zgodovina poudarja, da se ljudje ne spominjajo vseh dogodkov v svojem življenju, spominjajo pa se tistih, ki so imeli zanje osebno odločilni pomen, v socialnem ali v globoko osebnem smislu. Navadno je pri ljudeh, ki se znajdejo v psihiatrični bolnici, izpuščena prav osebna zgodovina posameznice ali posameznika. Brez poznavanja njihovih življenjskih zgodb, pa ni mogoče ocenjevati potreb in načrtovati boljše službe, ki bi krepila samostojnost namesto odvisnosti, samoraziskovanje namesto samozatajevanja.

