

RAZISKOVALEC ZNAMENJ

Antropološki pogled na izkušnje znamenj, glasov in videnj

Izvirni znanstveni članek | 1.01
Datum prejema: 28. 11. 2016

Izvleček: Pričujoče besedilo je nastalo na podlagi pogovorov in intervjujev z Janezom, ki je vključen v psihiatrično obravnavo in program psihosocialne podpore. Članek se ukvarja z njegovimi izkušnjami videnja, slišanja glasov in prejemanja znamenj, ki niso del izkušenskega sveta drugih ljudi. Etnografski del se najprej osredotoči na pojavnost in vsebino Janezovih izkušenj, nato pa na njegov odnos do njih v vsakodnevnem življenju z njimi. Avtor opazuje, da je življenje s tovrstnimi izkušnjami ob pomanjkanju njihovega naslavljanja s strani raznih služb pomoči odvisno od zmožnosti posameznika, da živi z njimi.

Ključne besede: medicinska antropologija, slišanje glasov, socialna in kulturna psihiatrija, doživeta izkušnja, naracija

Abstract: The article is based on interviews with Janez, a user of psychiatric services and a psychosocial rehabilitation programme. It focuses on his experiences of hearing voices, having visions and receiving signs, which are not experienced by others. Firstly, their appearance and content are discussed. Secondly, Janez's perception of these episodes in his daily life is explored. The author concludes that since this topic is not properly addressed by the relevant services this makes his living with his extra sensorial experiences a lonely journey.

Key Words: medical anthropology, hearing voices, social and cultural psychiatry, lived experience, narrative

Pričujoče besedilo je nastalo na podlagi materiala, ki sva ga z Janezom skupaj pridelala v prvi polovici leta 2015. Takrat sem opravljal teren za diplomsko delo, v sklopu katerega me je zanimalo zagovornišтво na polju duševnega zdravja. Ob pregledovanju terenskih zapiskov in transkripcij intervjujev – še zlasti tistih z Janezom – sem opazil, da je vsebinsko izstopala neka povsem druga tema, ki je oba zanimala morda celo bolj kot prvotna. Janez je bil prvi človek, ki mi je tako odkrito govoril o svojih izkušnjah – znamenjih, kot jih sam imenuje, medtem ko jih medicina imenuje psihoza.

Spoznala sva se v začetku leta 2015 v dnevnem centru ene izmed nevladnih organizacij na področju duševnega zdravja v Ljubljani, kjer je bil Janez na zaposlitveni rehabilitaciji, jaz pa na terenskem delu za svojo diplomsko nalogo. Janezove subjektivne izkušnje z znamenji analiziram predvsem s pomočjo njegovih naracij (na podlagi intervjujev 1. 4. in 14. 4. 2015), ki jih razumem kot proces ustvarjanja smisla (Good 1994: 124) njegovega vsakdanjega življenja s psihotičnimi simptomi. Hkrati kot pomemben del svojih poskusov razumevanja Janezovih doživljanj razumem tudi polletno druženje v dnevnem centru, številne kave v bližnjem lokalnu, kartanje v parku in podobno. Med pisanjem članka sem čutil potrebo po ponovnem pogovoru z njim. Srečala sva se v začetku januarja 2017, skupaj prebrala članek in določena mesta dopolnila ter popravila. Tako besedilo kot celotna raziskovalna izkušnja sta tesno prepletena z mojo izkušnjo študija antropologije, zanimanja za duševno zdravje in predvsem vpletenosti v projekt

Slišanja glasov,¹ v katerega sem se vključil konec aprila 2015. Med terenskim delom sem slišal marsikatero zgodbo o »prividih« in »prisluhih«, vendar to nikoli ni bila eksplicitna tema niti v dnevnem centru nevladne organizacije in največkrat niti v kontekstu psihiatričnih obravnav ljudi, ki so sodelovali v raziskavi. Izkušnje slišanja glasov, videnj in podobnega navadno ostanejo zunaj polja zanimanja najrazličnejših strokovnjakov, hkrati pa močno zaznamujejo posameznikovo bivanje v svetu.

Prav izkušnja bivanja v svetu je osišče besedila tudi s teoretskega stališča, s čimer se članek vpenja v kontinuum sodobnih antropoloških raziskav subjektivnosti (Biehl, Good in Kleinman 2007a) in subjektivnih izkušenj na polju duševnega zdravja (Jenkins in Barrett 2004a). V članku se najprej ukvarjam z Janezovimi izkušnjami, predvsem z znamenji in glasom. Posebno pozornost posvečam pojavnosti, vsebini in Janezovemu razumevanju omenjenih izkušenj. Druga večja tema naslednjih odstavkov je Janezov odnos do izkušenj v prizmi njegove kontrole nad njimi.

1 Konec aprila 2015 sem se pridružil takrat nastajajoči iniciativni skupini Slišanje glasov Slovenija, ki je do trenutka pisanja pričujočega besedila postala veliko večja, kot smo si kdaj mislili. Prve korake smo naredili z javnimi dogodki v Ljubljani, sledili so jim oblikovane prve podporne skupine in nadaljnji javni dogodki za ozaveščanje javnosti o tej tematiki (za kratek pregled dela Slišanja glasov glej Brglez 2016: 1–3 in Spletni vir 1). Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti je aprila 2016 odobrilo financiranje Programa psihosocialnega svetovanja, informiranja in terenskega dela, s katerim sta na razpisu kandidirala projekt *Slišanje glasov* in organizacija Kralji ulice. Zaradi začetka študija v tujini sem se v iniciativno od septembra 2015 vključeval zgolj od daleč, vključil pa sem se v podobno skupino na Portugalskem.

* Juš Škraban, mag. socialne in kulturne psihiatrije (Medicinska fakulteta, Univerza v Coimabri, Portugalska); Ulica bratov Učakar 34, 1000 Ljubljana; skrabanjus@gmail.com.

Obravnavam predvsem njegove izkušnje v vsakodnevni življenjskih strategijah in trenutke, ko njihova intenzivnost premaga Janezovo kontrolo in ga »vrže v film«.

Članek skuša na podlagi etnografskega dela z Janezom prispevati tudi k antropološkemu raziskovanju psihoze. Poleg fenomenološkega zanimanja za »psihotične« izkušnje namreč kljub njegovi vključenosti v psihiatrične, psihosocialne in delovno-rehabilitacijske obravnave odpira predvsem vprašanje subjektive osamljenosti pri dnevnem soočanju s »simptomi«.

Med boleznijo in izkušnjo

Kot dominantno za »naš« družbeni kontekst razumemo sodobno psihiatrično konstrukcijo izkušenj videnj, slišanj glasov, blodenj in podobnega. Psihiatrična veda tovrstne izkušnje razume kot primarne simptome motenj psihotičnega spektra. Medicina se pri poskusih razlag simptomov omenjenih motenj posveča predvsem možganom – rožnato sivi gmoti, veliki 0.015m³, ki tehta približno 1,4 kg (McCarthy-Jones 2012: 284). Ta pristop prevladuje tudi v dominantnih terapevtskih praksah – antipsihotična zdravila temeljijo na zniževanju v psihotičnih stanjih povišanih vrednostih živčnega prenašalca dopamina (McCarthy-Jones 2012: 211–212).

Možgani pa v psihiatrični misli niso že od nekdanj deležni tolikšnega zanimanja. Vodilna sila v proizvodnji psihiatrične vednosti je Ameriško psihiatrično društvo, ki od leta 1952 izdaja *Diagnostični in statistični priročnik za duševne motnje (DSM)*. Prvi dve izdaji (v letih 1952 in 1968) je zaznamovala psihodinamična orientacija ameriške psihiatrije, ki se je spraševala, kaj se skriva za vidnimi simptomi (Mayes in Horwitz 2005: 250). Psihiatrija je korenit obrat doživela leta 1980 s tretjo izdajo *DSM* (trenutno je aktualna peta). Prevladal je biomedicinski model, ki je s svojimi znanstvenimi analizami simptomov zasenčil prejšnji psihosocialni model (Wilson 1993: 400). Biološka usmerjenost je vplivala na bliskovit razvoj psihofarmakologije – ker je bil novi *DSM* osnovan na podlagi simptomov, je odprl vrata standardizaciji predpisovanja zdravil (Mayes in Horwitz 2005: 250–251). Biomedicinski model torej vse od *DSM-3* konstruira psihotične motnje kot nekaj, kar je povezano z individualno biološko patologijo. To diagnosticira z opažanjem posameznikovih izkušenj, kot so halucinacije, blodnjavost, neorganiziranost govora in vedênja (t. i. pozitivni simptomi) ter upad razpoloženja in izražanja čustev (t. i. negativni simptomi) (za diagnostične kriterije shizofrenije glej APA 2013: 99). Za postavitev diagnoze mora posameznik vsaj en mesec imeti vsaj dva od naštetih simptomov. V t. i. klinični populaciji (ljudje, ki so vključeni v psihiatrično obravnavo) izkušnje slišanja glasov prevladujejo pri ljudeh z diagnozo shizofrenije (kjer je prevalenca 70-odstotna) in pri ljudeh z diagnozo bipolarni motnje (7–30-odstotna) (McCarthy-Jones 2012: 102–123). Dominantna psihiatrija ponuja specifično razumevanje

etiologije shizofrenije in drugih motenj psihotičnega spektra. Razne biomedicinske stroke so kot možne vzroke za psihotična stanja (npr. razne nevrokognitivne disfunkcije, dismorfolologijo možganov, nevrokemične spremembe v možganih, določene gene ipd.) doslej identificirale številne »biološke markerje«, vendar zaenkrat še ni prepričljivih dokazov za predpostavke kavzalnih povezav (kar je sčasoma pripeljalo do dvomov o veljavnosti diagnoze »shizofrenije«; glej Jablensky 2010: 283).

Hkrati so že zgodaj začele vznikat kritike tega biološko determinističnega pristopa, ki vzpostavlja ontološki primat biološkimi procesom pred drugimi (družbenimi, kulturnimi, duhovnimi ipd.), in se spraševale, če niso biokemične spremembe v možganih morda le posledica in ne vzrok psihotičnih motenj (Jenner idr. 1992: 139–158). Tako nekatere kvantitativne kot nekatere kvalitativne raziskave kažejo na močno povezavo med negativnimi dogodki v življenju (fizične, spolne ali čustvene zlorabe ter fizično in čustveno zanemarjanje)² in psihotičnimi izkušnjami (Larkin in Read 2012; Read 2012). Če to ponazorimo na primeru slišanja glasov: 13 odstotkov ovdovelih ljudi sliši glas preminulega bližnjega; 30 odstotkov žrtev nasilja sliši glasove; 36 odstotkov ljudi v klinični populaciji in 22 odstotkov v neklinični populaciji sliši glasove in ima izkušnjo spolne zlorabe (McCarthy-Jones 2012: 288–291). Model travme je medtem postal izjemno popularen tako med uporabniki kot raziskovalci. Poudariti je treba, da pri modelu travme ne smemo iskati linearnega kavzalnega odnosa, še manj pa ta model posploševati. Če govorimo o travmatičnih izkušnjah, potem slišanje glasov ni njihov odsev, temveč zgolj bolj ali manj (ne)uspešen poskus reševanja težkih življenjskih dogodkov (McCarthy-Jones 2012: 310).

Nekatere raziskave so se zanimale predvsem za subjektivne izkušnje, ki navadno pripeljejo do diagnoze psihotičnih motenj. Pokazale so, da so izkušnje slišanja glasov, videnj in druge ekstrasenzorne izkušnje prisotne tudi v splošni, t. i. neklinični populaciji. Pregled 17 raziskav iz devetih različnih držav je pokazal, da lahko razširjenost slišanja glasov v neklinični populaciji ocenimo na 5–15 odstotkov (Beavan, Read in Cartwright 2011). Ti podatki postanejo pomenljivi, če jih beremo skupaj s klinično preverjenimi podatki prevalence shizofrenije (ki doseže od 0,3 do 0,7 odstotka celotne populacije, glej APA 2013: 102). Nekateri raziskovalci zagovarjajo, da lahko govorimo zgolj o kontinuumu psihotičnih izkušenj, ki zgolj v enem delu kontinuumu za posameznika postanejo tako moteče, da jim lahko rečemo patološke (Johns in van Os 2001).

Subjektivna izkušnja psihoze je zanimivejša od psihiatrične diagnoze tudi za mnoge »prvoosebne strokovnjake«, to je ljudi z lastno izkušnjo psihoze. Med najvidnejšimi gibanji je mreža za slišanje glasov (The International Hearing

² Nekateri te izkušnje povezujejo pod imenom eksistencialne travme (glej Romme idr. 1997).

Voices Network), ki skuša t. i. psihotične izkušnje razumeti v luči posameznikove življenjske zgodbe (in s tem stopa v korak s socialno psihiatrijo; glej Jenner idr. 1992; Romme idr. 1997) brez sklicevanja na patologijo. Gibanje prakticira drugačen pristop v odnosu do slišanja glasov in podobnih pojavov in jih s tem skuša normalizirati. Zavzema se za spoštovanje pravice ljudi, ki slišijo glasove, do izbire različnih oblik pomoči/podpore. Med najpomembnejšimi doprinosi tega mednarodnega gibanja sta njegovo vztrajanje na pomenskosti izkušnje slišanja glasov in podobnih pojavov ter aktivno vključevanje alternativnih načinov potrjevanja in raziskovanja posameznikovega subjektivnega doživljanja.³ Slišanje glasov in drugi »psihotični simptomi« so za mrežo Hearing Voices dokaj pogoste človeške izkušnje (kot recimo levičarstvo ali homoseksualnost) in kot take ne morajo biti že znak določene bolezni.⁴ V zadnjih letih se vse bolj pojavlja mnenje – razširjeno tako med raziskovalci kot med ljudmi gibanja Hearing Voices (kar se marsikdaj prekriva) – da glasovi sami po sebi niso znak bolezni, temveč da nezmožnost osebe za življenje z glasovi lahko pripelje do stanj, ki jih nekateri klinično lahko prepoznajo kot bolezen (McCarthy-Jones 2012: 145). Z drugimi besedami, pomembnejši kot glasovi sami je odnos osebe do njih (Brglez 2016; Dekleva 2015).

Subjektivno doživeta izkušnja je osrednjega pomena tudi za pričujočo analizo, kar je značilno tudi za sodobne antropološke raziskave psihoze (Corin 1990; Jenkins 2015; Larsen 2004). Nekatere raziskave poudarjajo prekrivanje psihotičnih izkušenj z različnimi oblikami družbene izključenosti (glej Biehl 2005; Desjarlais 1997; Lovell 1997; Luhrmann 2008). Antropologija raziskuje družbeni kontekst psihiatrično diagnosticiranih ljudi tako v psihiatričnih ustanovah (Barrett 1996; Brodwin 2013;

Luhrmann 2000) kot v življenju v skupnosti (Estroff 1981; Scheper-Hughes 2001).

Sodobne antropološke raziskave subjektivnosti lahko razumemo kot kontinuum prispevkov Clifforda Geertza in drugih, ki so poudarjali pomanjkljivo vlogo subjekta v strukturalističnih teorijah; te so prevladovale med 50. in 70. leti prejšnjega stoletja (Biehl, Good in Kleinman 2007b: 5–7). Geertz je vzpostavil distinkcijo med »izkušnji-bližnjimi« in »izkušnji-oddaljenimi« koncepti, pri čemer se je s prvimi skliceval na koncepte, s katerimi subjekti v antropoloških raziskavah opisujejo doživljanje svojega sveta, z drugimi pa je mislil na koncepte, ki jih za svoje namene uporabljajo strokovnjaki (Jenkins in Barrett 2004b: 8). Z drugimi besedami, antropologijo je na začetku 80. let zelo zanimalo to, kar je pomembno (*at stake*) za subjekte etnografskih raziskav v njihovih vsakdanjih doživljanjih (Kleinman in Kleinman 1991: 277).

Kljub temu da je fenomenološka perspektiva na področju duševnega zdravja že dolgo prisotna (glej enega prvih psihiatričnih člankov o subjektivni izkušnji in shizofreniji, Strauss 1989), meddisciplinarni poudarek na doživetih izkušnji pogosto kritizira biomedicinske teorije in prakse, kjer naj bi pogosto umanjkal posluš za bolnikovo izkušnjo (Roe in Lysaker 2012: 6–7). Fenomenologija v duševnem zdravju poudarja razumevanje duševnih težav v kontekstu subjektivega bivanja-v-svetu in ne kot motnjo osebe kot izolirane entitete (Lamovec 1994: 204–205). Nadalje, »simptomi« duševne motnje kažejo na subjektivno začasno nezmožnost intersubjektivnosti (Corin 1990: 160). Fenomenološka perspektiva v raziskavah psihoze je omogočila, da lahko danes govorimo o izkušnji slišanja glasov neodvisno od diagnoze, vemo pa tudi, da je slišanje glasov prisotno tako pri različnih kliničnih slikah kot tudi v »zdravi«, psihiatrično nediagnosticirani populaciji (McCarthy-Jones 2012: 101).

Zaradi privilegiranja subjektivne izkušnje psihoze v besedilu uporabljamo izraz »razumevanje ali doživljanje psihoze«. Pri »prisluhih« in »prividih« namreč ne gre za napačno interpretacijo stvarnosti (kot nakazuje predpona »pri-« ali izraz halucinacija), temveč za doživljanje, ki sicer ni družbeno običajno, vendar pa to ne pomeni, da te izkušnje za posameznika, ki jih izkuša, niso realne. Ta razlika se kaže v uporabljenem izrazoslovju, ki so včasih pravi izrazoslovni izziv. Terminološka nezadovoljnost s »starimi« termini je prispevala številne alternative, med drugim izraza »slišanje glasov« in druge »ekstrasenzorne zaznave« (glej Romme idr. 1997: 106). Slovenska enačica *hearing voices* se je javno prvič pojavila z vzpostavitvijo zgoraj omenjene skupine Slišanje glasov, slovenjenje pojma *voice-hearer* v »slišalec glasov« pa v mesečnih rubrikah Slišanje glasov v reviji *Kralji ulice* (glej Spletni vir 2) in strokovnih delih nekaterih njenih članov (Brglez 2016; Dekleva 2015; za več o terminu »slišalec glasov« v angleščini glej Woods 2013).

3 Obstajajo tri kanonizirane tehnike, ki rabijo raziskovanju in podpori slišanja glasov in podobnih izkušenj (v slovenščini prvič povzeti v Brglez 2016: 37–48). Maastriški intervju združuje vrsto vprašanj, ki skušajo fenomenološko osvetliti posameznikovo izkušnjo (glej Corstens, Escher in Romme 2008; Escher 2012; Longden idr. 2012; Romme 2012). Tehnika dialoga z glasovi skuša stopiti v stik z glasovi preko neposrednega pogovora z njimi (Corstens, May in Longden 2012). Obstajajo tudi podpirne skupine, ki združujejo t. i. prvoosebne strokovnjake, da delijo svoje izkušnje glasov in podobnega ter spoprijemanja/življenja z njimi (Dillon in Hornstein 2013; Dillon in Longden 2012).

4 Besedilo se osredotoča predvsem na subjektivno izkušnjo znamenji pri Janezu v odnosu do hegemonne psihiatrične konstrukcije psihoze. Antropologija že nekaj časa raziskuje druge konstrukcije »psihotičnih« izkušenj po svetu (za prvi večji zbornik na to temo glej Jenkins in Barrett 2004a; na najnovejši pa Luhrmann in Marrow 2016). Tudi v »zahodni« kulturi sobiva kopica različnih kulturnih konstrukcij tovrstnih izkušenj. Nekateri aktivisti na področju duševnega zdravja (The Icarus Project) razumejo slišanje glasov in podobnega kot »nevarne darove« (za slovenske prevode glej Spletni vir 3; Spletni vir 4). Normalizacija psihoze z njenim razumevanjem kot daru je vse bolj prisotna tudi v novodobnih gibanjih, ki jih med drugim označujejo tudi povezanost z naravo, pozitivno mišljenje, kanaliziranje (*chanelling*) ipd.

Pojavnost znamenj

Ključni del Janezovega vsakdanjega življenja so znamenja in glas – doživljanja, ki niso del izkušnjskega sveta drugih ljudi. Tu znamenja in glas obravnavam ločeno, čeprav se v Janezovem življenjskem svetu ta doživljanja prepletajo – včasih glas sporoči neko znamenje, včasih znamenja raziskuje skupaj z Janezom, včasih pa so znamenja Janezu sporočena preko videnj. Ključno pri tem je, da jih Janez razume kot pomenska. Znamenja so se pojavljala že precej pred njegovo prvo hospitalizacijo:

J: Recimo tam, kjer smo prej stanovali, sem videl, da izpod naših vrat teče kri. Zdaj je to lahko že stanje bolezni, lahko je to znamenje, lahko je pa to bolezen. Lahko je več variant, zdaj, katera je prava, jaz ne vem. Če bi rekel to zdravniku, bi rekel, da je bolezen; če bi rekel jasnovidcu, bi rekel, da je to znamenje – vsak bi interpretiral po svoje.

JŠ: Kako si jih pa interpretiral takrat?

J: Interpretiral sem jih po tem, ko je oče res umrl, ko je bilo res eno znamenje, če bi temu rekel znamenje. [...] Ima en pomen, ima.

Janez pozna biomedicinsko razumevanje glasov in ve, da jih to razume kot prisluhe, torej kot znak bolezni. Proces določanja in sporočanja diagnoze ter psihoedukacijske in druge terapevtske prakse v bolnišnici lahko razumemo kot specifično vrsto simbolnega zdravljenja (Larsen 2007: 301). Na tem mestu je nesmiselno preverjati empirično vednost psihiatrije – bolj zanimivo je opazovati, kako je ta znanstvena vednost med psihiatričnim zdravljenjem bolnikom ponujena tudi kot njihova izkušnjska resnica. Kategorija bolezni tako nemalokrat postane jezik, v katerem si ljudje, ki so v psihiatrični obravnavi, osmišljajo svoje izkušnje (Larsen 2007: 294). Kljub nekajletnim izkušnjam psihiatričnega zdravljenja, Janez vztraja pri svojem razumevanju izkušenj, katerih konec pušča odprt: »Meni so rekli na Zavodu za zaposlovanje, da je to bolezen, jaz jih sicer ne razumem, ne da ne razumem, nočem verjeti, ker mislim, da je lahko to tudi nekaj več, zdaj, kako pa zakaj, to pa nimam pojma.«

Vsebina znamenj

Izkušnje slišanja glasov so izjemno raznolike: ljudje lahko slišijo en glas ali več glasov. Polovica slišalcev glasove razloči avditivno, drugi jih zaznavajo kot nenavadne prisotne misli ali kako drugače čutijo, da so nagovorjeni; slišanje glasov je lahko pospremljeno z drugimi taktilnimi občutji, pogosto z občutki strahu in tesnobe, včasih pa tudi s pozitivnimi ali z nevtralnimi čustvi (Jones in Luhrmann 2016; Woods idr. 2015). Znamenja, sporočena preko glasov, videnj ali povezav, ki jih Janez opaža v svetu, ki ga izkušnjsko delijo tudi drugi, so izjemno raznolika. Večinoma Janeza na kaj opozarjajo, kot ponazarja naslednji primer,

ko »sem se s kolesom prehitro peljal in sem videl Marijo in Marija mi je rekla: 'Janez, vozi počasi, ne vozi hitro'.« Prav takrat, ko je leta 1989 Janez preživljal počitnice s svojo takratno punco, ki je bila iz Hrvaške, je skupina Priljavo kazalište izdala pesem Ružo hrvatska. Nekje je dobil kaseto, jo presnel in ji jo je predvajal. Ko se je vrnila na Hrvaško, je Janez kaseto ob prisotnosti prijatelja (ki glasov ni slišal), predvajal doma. Kot v prejšnjem primeru tudi v tem zasledimo neke vrste opozorilo, ki ga glas sporoča Janezu. Takole se spomni izkušnje, ki je sledila: »In ko sem jaz ta komad začel predvajati, se je nekje na sredi komada začelo slišati uauuuuuuuuu, ampak to je bil tak grozen glas, Juš, da ga nisem zasledil v nobenem filmu niti ga nikdar nisem več slišal. Tak grozen glas, da ti ga ne znam opisat.« Po prijateljevem odhodu je Janez kaseto predvajal znova in znova. Nato je vključil hitro predvajanje, glasbo pa poslušal preko slušalk, saj mu vsebina sporočila ni dala miru. Janez nadaljuje: »In toliko časa sem to raziskoval, da sem prišel do zaključka, da mi govori 'to nije ljubav'. Točno se je slišalo, 'to nije ljubav'.« Ko sta se s punco razšla, je dokončno razumel sporočilo glasov in si ga razlagal kot »neko sporočilo, mogoče iz onostranstva.«

Glas *to nije ljubav* je sprva slišal Janez, pozneje pa tudi njegova sestra. Ko je slišala glas, se je zgrozila. Janez je kaseto pozneje zavrnil, saj »pravijo, da če se ti kakšne take stvari zgodijo, da moraš stvar, ki ni v redu, vreči stran. In meni je malo žal, da sem jo vrnil stran, ker bi jo imel kot dokaz.« Čeprav ta primer nakazuje na potencialni obstoj sogovornikove želje po zunanji potrditvi kredibilnosti njegove percepcije, je to v najinem raziskovanju osamljen primer. Janezova znamenja lahko poleg njega prepoznajo tudi nekatere (a vendar redke) osebe, hkrati pa se bodisi navezujejo osebno na Janeza bodisi vključujejo dogodke in podatke sveta, ki ga izkušnjsko delijo tudi drugi. Konec marca 2015 je letalo nemške letalske družbe strmoglavilo na jugovzhodu Francije. Janez je nekaj časa pred tem začutil znamenje, povezano z letalom in »nisem vedel, kaj mi hoče signal povedati in je potem čez čas je avion dol padel. Zdaj če je to naključje, ne vem, ampak se mi je preveč stvari podobnih zgodilo, da te stvari jaz lahko povežem.«

Bolj ukazovalni in agresivni glasovi lahko vodijo tudi v hospitalizacijo. Ob stiski, ki je pripeljala do njegove druge hospitalizacije, je Janez slišal glasove, neko »bando«, ki ga je preganjala, saj naj bi bil ukradel pulover. Pred tolpo se je skrnil v trgovski center, v varnostnikovo sobo, ta pa je naposled poklical policijo. Policija je nato poklicala reševalce, ti pa so ga odpeljali na psihiatrično kliniko.

Glas Janezu lahko tudi pomaga (glasovi pogosto niso zgolj negativni, glej Dekleva 2015: 57–61; McCarthy-Jones 2012: 97–133). Ko se je peš odpravil z Obale v Ljubljano, je v Divači videl železničarske delavce priklapljeni vagon. Misleč, da je vlak namenjen proti Ljubljani, je skočil v vagon s hlodi. Glas mu je svetoval, naj čimprej sestopi z vlaka. Ubogal je njegov nasvet in z vagona skočil še pred

carinskim območjem z Italijo in se tako, kot pravi, še pravočasno izognil morebitnim težavam.

Čeprav mu znamenja in glas sporočajo marsikaj, je vsebinsko močno prisotna vera. Večino hospitalizacij je doživel ob veliki noči, tudi njegov oče je umrl ob božiču (na kar ga je opozorila izkušnja videnja krvi pod domačimi vrati):

Je tudi ena povezava, samo je ne morem ugotoviti, kaj bi lahko bilo narobe, da bi nekdo moral umreti za božič. [...] A veš, preveč je tako očitno, ali smo se komu zamerili, ne vem, ali smo se Cerkvi zamerili, jaz se ne spomnim, jaz sem molil prej, tudi zdaj molim, če molim, nimam nič proti Cerkvi. Vem pa, da so sposobni, da imajo duhovno moč, da bi se znalo zgoditi, da bi bilo kaj narobe.

Vera ni močno prisotna samo pri znamenjih v svetu, ki ga z Janezom doživljajsko delijo tudi drugi. Glas, ki ga sliši samo on, se je najprej kazal kot Bog, potem kot hudič, nato kot župnik (predstavil se je z imenom in s priimkom župnika, ki ga je Janez srečal v določeni življenjski situaciji), med zadnjim pogovorom (januarja 2017) pa se je predstavljal kot »sila«. Glas je prisoten vsak dan, je Janezova stalna in neprostoVOLjna družba, lahko je tako dober kot slab: »Mi kaže s prstom, naj bom tiho, so raznorazne stvari, se pogovarja z mano, mi razlaga nekaj, ali pa z mano raziskuje znamenja, včasih mi kaj pač reče, da to paše skupaj, včasih je dober, včasih je pa pokvarjen kot svinja.« Janez zaključí, da župnik v njem nekaj išče in mu ne da miru. Iz delčkov župnikove življenjske zgodbe, ki mu jih kdaj sporoči, je razvidno, da so ga v preteklosti mučili in ga na ta način preskušali. Mučenje je prestal in zdaj on preskuša Janeza. Pred leti mu je, pravi, glas za božič ubil očeta. Spomni se, da je sila očeta vrgla čez balkon. Janez je bil nazadnje hospitaliziran po večeru, ko ga je sila, podobno kot očeta, gnala čez balkon.

Izkušnje, ki bi jih lahko nekateri označili kot psihotične, so pogoste v kontekstih močnih religijskih in spiritualnih dogodkov (McCarthy-Jones 2012: 149–158), kar kažeta tudi antropologiji religije in romanj. Hkrati je verska vsebina psihotičnih simptomov zelo pogosta v t. i. klinični populaciji – religijski označevalci v naracijah ljudi s psihozo pogosto pomensko napolnijo izkušnjo razkranjanja sveta in hkrati ponudijo vodenje in zatočišče (Corin 2007: 295–298). Katoliško vzgojenemu in celo življenje verne mu Janezu religijska vsebina glasu hkrati s zgoščevanjem pomenov na njemu znane označevalce omogoča pribežališče, hkrati pa je vir stisk, ko glas postane neprijeten, agresiven in ukazovalen.

Slišanje glasov in intersubjektivnost

Glas je bil prisoten tudi med najinimi pogovori in intervjuji. Pravi, da Janezu nisem nevaren, zato sva se lahko brez večjih težav in njegovih intervencij pogovarjala tudi o njem. Ko sva se prvič bolj poglobljeno pogovarjala o

glasu (takrat še župnikovem), mi je Janez povedal, da me glas »vidi« in mi lahko tudi smiselno odgovarja. Čeprav je med pogovorom Janezu prepovedoval govoriti o tej temi, je ta kljub temu nadaljeval pogovor, saj se glasu ni več bal. Priznati moram, da me je malo presenetilo, ko mi je rekel: »Trenutno pravi, da bi se rad vsedel k nama za mizo.« Pila sva kavo in za mizo je bilo prostora še za dve osebi. Pokazal sem na enega od praznih stolov in Janezu predlagal, da glas povabiva, naj se usede. Odrnil je, da ga raje nosi sam, ker bi drugače zbolel še jaz. Dodati je treba, da se zdaj že nekaj časa ne pogovarja več z glasom (kot sem izvedel januarja 2017), saj je dobil znamenje, naj tega ne počne več.

Janez se o glasu navadno ne pogovarja z drugimi ljudmi. Glas je njegova stalna družba, za katero ve le redkokdo. Janezova strategija, da o tako intimni izkušnji, kot je slišanje glasu, ne govori, nikakor ni nenavadna. Poleg omejenega informiranja drugih o izkušnji nenehne prisotnosti glasov ta po navadi implicira osamljenost in izgubo medčloveških stikov v posameznikovem družbenem kontekstu (McCarthy-Jones 2012: 136–140). Še posebej pazljiv pri pripovedovanju o svojih izkušnjah je na psihiatrični kliniki. O glasu je kdaj spregovoril tudi tam, vendar ga ob hospitalizacijah strateško ne omenja, da se te ne bi podaljšale: »Tako da če si bil enkrat v Polju, to še ne pomeni 'čist nor' in da bi vse stvari povedal.« Med svojimi pogostimi hospitalizacijami ni srečal veliko strokovnjakov duševnega zdravlja, ki bi se resno posvečali njegovim izkušnjam z glasom in znamenji. Ker pa so izkušnje slišanja glasu in videnja tako pogoste, da je o njih težko ne komunicirati, je Janez med eno od hospitalizacij našel način, kako o njih na zanj varen način poročati na likovni delavnici zaprtega psihiatričnega oddelka:

Jaz sem pa takrat izkoristil, da kakšno stvar, da takrat, ko sem jo dobil vizualno, sem jo prenesel na papir in naj se oni s tem ukvarjajo. Se pravi jaz besedno jim nisem povedal, da bi lahko rekli, da je to manija. Tukaj imate sliko, sami se s tem ukvarjajte, če jo boste razumeli, jo boste, če ne boste, je ne boste.

Z že pet let prisotnim glasom se je Janez moral naučiti živeti. Sam si tega sicer ne želi, je pa to sprejel, ko mu je psihiatrinja dopovedala, da se bo moral navaditi na življenje z njim, ker glasovi težko kar izginejo. Čeprav glas in znamenja raziskuje, mu ta doživljanja kljub temu otežujejo vsakodnevno življenje, zato »en delček [mene] upa, da bom mogoče enkrat [lahko živel brez teh izkušenj]. Če to neha, ta prisluh in privid, je življenje lažje, dosti boljše pa dosti bolj kvalitetno, lahko funkcionira.« Janez v vsej svoji psihiatrični obravnavi ni bil deležen nikakršnega pogovora o tem, kako živeti z glasom, tako da je ta naloga (p)ostala zgolj stvar njegovih poskusov.⁵ Zanimivo bi

⁵ To področje skuša napolniti mednarodno gibanje Hearing Voices, ki s podpornimi skupinami gradi prostore za deljenje izkušenj slišanja glasov in podobnih izkušenj ter spoprijemanja z njimi. Da se

bilo podrobneje analizirati, do katere mere se osamljenost oseb ob spopadanju z glasovi ohranja tudi v kontekstu psihosocialnih programov za osebe s težavami v duševnem zdravju. Ker to ni bila glavna tema mojega terenskega dela, mi ostane zgolj nekaj vtisov, ki kažejo na to, da je najbolj razširjena strategija v življenju z glasovi njihovo ignoriranje. To je tesno povezano tudi s splošno prisotnim prepičanjem, da aktivno ukvarjanje s psihotičnimi simptomi (na primeru glasov tako pogovor o njih kot tudi pogovor z glasovi) lahko povzroči krizo. Dnevni center, kjer sem opravljal terensko delo, ni v pol leta moje prisotnosti nikoli eksplicitno obravnaval izkušenj z glasovi in jih ni »vzgodbil« v svoje dejavnosti. Glavna naloga centra je bila opolnomočenje za vsakodnevno življenje. Izraženo s psihiatrično terminologijo – dnevni center se je veliko ukvarjal s t. i. negativnimi simptomi (recimo z osamljenostjo, žalostjo in s podobnim), pozitivni psihotični simptomi pa niso bili nikoli predmet psihosocialne obravnave. Treba je poudariti, da številni obiskovalci centra dobivajo veliko psihiatričnih zdravil, ki do neke mere utišajo glasove, vendar slednji, kot nam kaže tudi Janezov primer, kljub temu odločilno karakterizirajo posameznikovo življenjsko izkušnjo.

Spomnimo, da Janez ni zaposlen in prejema invalidsko pokojnino, kar določa njegov socialni status, ta pa posledično tudi njegovo nepolnopravno vključevanje v družbo. Kljub temu v Janezovem primeru težko govorimo o družbeni odrinjenosti, kot jih opisujejo analize drugih etnografskih kontekstov (glej Biehl 2005), saj je vključen v psihiatrične obravnave ter psihosocialne in delovno-rehabilitacijske programe.

Kako naj mislimo pomemben fenomenološki uvid, da je za življenjski svet človeka v psihozi značilna oslABLJENA zmožnost vključevanja v intersubjektivni svet (Corin 1990: 160)? Je ta neposredna posledica neprijetnih psihotičnih izkušenj? Etnografska izkušnja z Janezom izjemno močno kaže na to, da so njegove subjektivne izkušnje psihoze »nevezgodbljene« (Mattingly 1998) v kontekstu tako psihiatričnih kot drugih obravnav. Duševno zdravje lahko razumemo kot subjektivno izkušnjo (ne)moči v odnosu do drugih ljudi (Bøe idr. 2014: 475). Subjektivna izkušnja je vselej vpeta v posameznikovo intersubjektivno izkušnjo bivanja v svetu (Kleinman po Biehl, Good in Kleinman 2007b: 14; Jenkins in Barrett 2004b: 9). Številne raziskave »psihotične simptome« razlagajo kot subjektivno naracijo (proces ustvarjanja smisla), ki zaradi njegove družbene izolacije lahko vstopa v intersubjektivni svet zgolj preko

idiosinkratičnih form, te pa biomedicina razume kot halucinacije in blodnje (Roe in Davidson 2005: 91; Seikkula idr. 2001: 251). Oseba v psihozi tako ostaja zunaj prostora, kjer pomeni vznikajo v dialogu z drugimi (Holma in Aaltonen 1998: 254). Kaže torej, da se družbena izolacija perpetuira tudi v službah pomoči, ki v Janezovem primeru ponujajo premalo prostora za poslušanje in dialog, tako da njegove izkušnje še naprej ostajajo »nevezgodbljive«.

Spodnje vrstice prikazujejo Janezov odnos do njegovih doživljanj, ki ga označuje predvsem improviziranje in učenje na podlagi lastnih osamljenih spoprijemanj z njimi.

Raziskovati znamenja

Janezove izkušnje so različne intenzivnosti. Čeprav se z znamenji in glasom Janez srečuje skoraj vsak dan, te izkušnje po navadi zmore »nadzorovati«. Tako življenje s simptomi kot »okrevanje« sta tudi kulturno oblikovana procesa. Kot opažajo ameriški raziskovalci, je posameznikov nadzor simptomov, čustev, družbene podobe in podobnega vrednota, prisotna tako v širšem družbenem okolju kot v kontekstu psihiatrične obravnave in popsihotičnega okrevanja (Jenkins in Carpenter-Song 2005: 390–394). Kaže, da to velja tudi za »naš« kontekst in za Janeza. Z glasom živi tako, da ga posluša in mu, ker ga zanima, kaj mu sporoča, tudi sledi, a vedno z določeno mero distance.

V enem od intervjujev tik pred veliko nočjo je beseda nanesla na šivanje – Janezov primarni razlog, da se je vključil v aktivnosti omenjenega dnevnega centra: »*Jaz sem takrat ves blažen, kadar šivam, mi je to meditacija.*« Srečevala sva se v obdobju, ko je bil v dnevnem centru vključen v program zaposliltvene rehabilitacije, zato ni imel dovolj časa za druge dejavnosti. Kljub temu je občasno sodeloval v šiviljskih delavnicah, a je tik pred veliko nočjo raje nehal: »*Ravno zdaj, ko se zajčki šivajo, ko je velika noč, da ne bi bila kakšna povezava, ker pri meni je vse povezano.*«

Svojo strategijo raziskovanja glasu in znamenj, ki bi ji antropologija morda celo rekla »opazovanje z udeležbo«, Janez takole razloži:

Če se preveč spuščam v te stvari, je to za psihiatrijo manj, ampak jaz se ne spuščam, probam biti na zemlji na ravnih tleh, te stvari samo spremljam in ne dajem nobene teže. Če bi jaz se začel z glavo razbijati pa ne gre nikamor, se mi lahko v glavi spet nekaj premakne. Tako pa pustim in samo opazujem in čakam.

Janez do življenja z znamenji in glasom potrebuje določeno mero distance, na kar vpliva strah pred tem, da bi ga »potegnili noter«, zato »*rajši ne forsiram preveč*«. Znamenja se pojavljajo skoraj vsak dan. Navadno si sledijo v presledku nekaj dni, oblikujejo verige in se medsebojno navezujejo, pojavljajo pa se tudi v sanjah.

Med pogovorom z njim sem dobil občutek, da že sama znamenja do določene mere veliko sporočajo, vendar ne obstajajo zgolj sama zase brez Janezove prisotnosti, dela,

z glasovi da živeti, in stisko, ki jo glasovi lahko povzročijo, da premagati, dokazuje knjiga *Living with Voices: 50 Stories of Recovery* (Romme idr. 2009), katere glavne ugotovitve povzema članek z naslovom *The recovery process with hearing voices: Accepting as well as exploring their emotional background through a supported process* (Romme in Morris 2013). Nekaj literature na to temo je dosegljive tudi v knjižnici slovenske mreže Slišanje glasov (npr. delovni zvezek za delo z glasovi, glej Smith in Coleman 2005).

aktivnega povezovanja: »In jaz bom te povezave še naprej delal, pa če je to za koga manj ali ne, ampak jaz se tega držim, ker nekje sem nekaj prečital, nekaj sem sanjal, da tem znamenjem moram slediti.« Odprti konec zgodbe o pomenu znamenj je tisto, kar ga vodi naprej: »Zdaj, kam me bo to pripeljalo, ne vem. Upam, da na pravo pot.«

Bolehati oziroma biti na »joysticku«

Nekatere intenzivnejše izkušnje z glasovi se zanj končajo s hospitalizacijo. Pred prvo hospitalizacijo mu je glas govoril, naj brani svoj prostor, saj naj bi ga nekdo prek telepatije skušal napasti. Čeprav svojih izkušenj kljub nekajletni psihiatrični obravnavi ne razume kot bolezen, pa si svoje branjenje prostora – izvrševanje nalog glasu – v tem konkretnem položaju danes razlaga kot bolehanje: »Sem nekako pač branil. Ampak s tem, ko sem branil, ko sem se upiral, sem že bolehal, me je že napadel.« Samo duhovno zelo razviti ljudje, pravi Janez, se zmorejo upreti glasu. Če bi se ta izkušnja ponovila, pravi, bi jo, če bi bilo to v njegovi moči, skušal preusmeriti. Od obeh intervjujev, na podlagi katerih je nastal članek (april 2015), do pisanja članka je Janez doživel vsaj dve krizi. Oba primera kažeta, da zelo intenzivne izkušnje ni zmožal preusmeriti.

Zelo intenzivno izkušnjo Janez poimenuje »biti v filmu«. Ob zgoraj omenjeni krizi, ki se je končala s prvo hospitalizacijo, se je film ustavil zgolj ob učinku psihiatričnih zdravil: »Ko sem se peljal v rešilcu, sem še vedno lociral, jaz sem še vedno bil v filmu in tudi ko sem prišel na psihiatrijo, sem bil še vedno v filmu. Se pravi, da me je držalo en dan skos, skos sem bil pod pritiskom. Ampak nisem čisto pregorel, ker če bi čisto pregorel, potem danes ne bi bil kolikor toliko pri sebi, kot sem.«

Ko se izkušnje zgostijo, dobijo nad njim več nadzora in ga pripravijo delati stvari, ki niso po njegovi volji. Intenzivnejše izkušnje in manj kontrole nad njimi pa ne pripeljejo nujno do hospitalizacije. Na eni od dnevnih voženj z avtobusom je slišal, da mu je »nekaj reklo: Janez, ob dvanajstih ponoči boš vzel kol in boš šel s tistim kolom na pokopališče«. Pod posteljo je res imel kol, iz katerega je želel izdelati lok. Sprva glasu ni jemal resno, vendar se je tisto noč zbudil natanko ob polnoči. Ni se mogel upreti sili, ki ga je vodila na pokopališče. Tam je želel prižgati cigareto. Približal se je avtomobilu na parkirišču in ljudi v vozilu prosil za vžigalnik. Ljudje so se ustrašili in avto je speljal: »Meni se je to čudno zdelo, ampak potem, ko sem razmišljal – čakaj, kol [imaš], kaj je s tabo! [...] In sem tisti kol vrgel in samo spizdil čimprej nazaj domov.«

Janez je eden od mnogih, ki se s svojimi izkušnjami spoprijema bolj kot ne sam. Če jih vsakodnevno ohranja pod nadzorom, mu v krizi to ne uspeva. Večino svojih stisk je doživel ob veliki noči ali božiču, kar je smiselno v kontekstu njegove življenjske zgodbe, ki bi jo bilo treba še raziskati. Živi življenje kroničnega psihiatričnega pacienta, kot ga živijo mnogi, katerih zgodba se zdi zapečatenas

ponavljajočimi hospitalizacijami in z invalidsko upokojitvijo. V zadnjem času beremo vse več zgodb »kroničnih« pacientov, ki so bodisi na poti doseganja zadovoljive točke v procesu okrevanja ali pa so jo že dosegli, nekateri s pomočjo psihiatričnih zdravil, nekateri brez.

Zaključek

Novo paradigmo duševnega zdravlja, okrevanja (*recovery*), prikazuje vse več osebnih zgodb (Deegan 1988; Romme idr. 2009) in kvali- (Jacobson 2001; Ridgway 2001) ter kvantitativnih (Leamy idr. 2011) raziskav.⁶ Literatura se vse bolj odmika od kliničnega razumevanja okrevanja (kot odsotnosti simptomov) in slednje razume kot osebni (Roe in Lysaker 2012) in družbeni proces (Mezzina idr. 2006; Schön, Denhov in Topor 2009; Tew idr. 2011; Topor idr. 2006). Vse to je po antipsihiatričnih izkušnjah iz preteklosti na novo zagnalo val preverjanja pojma »kroničnosti« ljudi s hudimi psihiatričnimi diagnozami in vztrajno odpira vprašanja o družbenih odgovorih na hude človeške psihosocialne stiske. Podobna vprašanja odpira Janezov primer, ki kaže na »nevezgodbljanje« njegovih težav pri spoprijemanju z glasovi s strani služb pomoči. Zdi se, da zapletenost njegove izkušnje za funkcionalno življenje zahteva več podpore. Vendar kakšno? Biti v svetu vselej pomeni biti v svetu z drugimi. V tem smislu lahko Janezov strah pred intenzivnejšim raziskovanjem znamenj in interakcij z glasom mislimo v kontekstu njegovega okolja, ki mu tega ne nudi na dovolj varen način. A hkrati: je za okrevanje nujno treba »delati na« pozitivnih simptomih, kot predlaga mreža Hearing Voices? Do katere mere so lahko podporniki vključeni v proces okrevanja in kako se do svojega sogovornika pozicionira etnograf, ko je priča osamljenosti posameznika sredi podpornih mrež?

Ameriška antropologinja Janis Jenkins v kontekstu izjemnih duševnih stisk govori o izrednih stanjih (*extraordinary conditions*), s čimer meri na dve stvari. Psihotične in druge duševne stiske postavijo posameznike in njihove bližnje v izjemna stanja in na skrajni rob vsakdanjih izkušenj. Hkrati pa Janis Jenkins meri na izjemne okoliščine (*conditions*) – »vojne in politično nasilje, nasilje v družini in posilstva, pomanjkanje in zanemarjanje osnovnih človeških potreb« – ki jih proizvaja družba (Jenkins 2015: 1). Nema lokrat – kot kaže Janezov primer – posameznikove najintimnejše stiske ostajajo zamolčane in nevidne. Naloga medicinske antropologije je med drugim, da »duševne« stiske obravnava v njihovem družbenem in kulturnem kontekstu, preverja obstoječe podporne prakse in sodeluje pri oblikovanju novih.

6 Za vse večjo bazo zgodb v slovenščini glej tudi Spletni vir 2.

Literatura

- APA = American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Peta izdaja*. Washington, DC in London: American Psychiatric Association, 2013.
- BARRETT, Robert: *The Psychiatric Team and the Social Definition of Schizophrenia: An Anthropological Study of Person and Illness*. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.
- BEAVAN, Vanessa, John Read in Claire Cartwright: The Prevalence of Voice-Hearers in the General Population: A Literature Review. *Journal of Mental Health* 20 (3), 2011, 281–292.
- BIEHL, João Guilherme: *Vita: Life in a Zone of Social Abandonment*. Berkeley, Los Angeles in London: University of California Press, 2005.
- BIEHL, João Guilherme, Byron J. Good in Arthur Kleinman (ur.): *Subjectivity: Ethnographic Investigations*. Berkeley, Los Angeles in London: University of California Press, 2007a.
- BIEHL, João Guilherme, Byron J. Good in Arthur Kleinman: Introduction: Rethinking Subjectivity. V: João Guilherme Biehl, Byron J. Good in Arthur Kleinman (ur.), *Subjectivity: Ethnographic Investigations*. Berkeley, Los Angeles in London: University of California Press, 2007b, 1–24.
- BRGLEZ, Lara: *Svet, ki se sliši*. Neobjavljeno magistrsko delo. Ljubljana: Oddelek za socialno pedagogiko, Pedagoška fakulteta, Univerza v Ljubljani, 2016.
- BRODWIN, Paul: *Everyday Ethics: Voices from the Front Line of Community Psychiatry*. Berkeley, Los Angeles in London: University of California Press, 2013.
- BØE, Tore Dag, Kjell Kristoffersen, Per Arne Lidbom, Gunnhild Ruud Lindvig, Jaakko Seikkula, Dagfinn Ulland in Karianne Zachariassen: “She Offered Me a Place and a Future: Change is an Event of Becoming Through Movement in Ethical Time and Space.” *Contemporary Family Therapy* 36, 2014, 474–484.
- CORSTENS, Dirk, Sandra Escher in Marius Romme: Accepting and Working with Voices. The Maastricht Approach. V: Andrew Moskowitz, Ingo Schafer in Martin Justin Dorahy (ur.), *Psychosis, Trauma and Dissociation: Emerging Perspectives on Severe Psychopathology*. Wiley & Sons, 2008, 319–332, <http://www.dirkcorstens.com/maastrichtapproach>, 8. 12. 2015.
- CORSTENS, Dirk, Rufus May in Eleanor Longden: Talking with Voices. V: Marius Romme in Sandra Escher (ur.), *Psychosis as a Personal Crisis: An Experience-Based Approach*. London in New York: Routledge, 2012, 166–178.
- CORIN, Ellen: Facts and Meaning in Psychiatry. An Anthropological Approach to the Lifeworld of Schizophrenics. *Culture, Medicine, and Psychiatry* 14 (2), 1990, 153–188.
- CORIN, Ellen: The “Other” of Culture in Psychosis: The Ex-Centricity of the Subject. V: João Biehl, Byron Good in Arthur Kleinman (ur.), *Subjectivity: Ethnographic Investigation*. Berkeley, Los Angeles in London: University of California Press, 2007, 273–314.
- DEEGAN, Patricia: Recovery as a Journey of the Heart. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 19, 1988, 91–97.
- DEKLEVA, Bojan: Pojavnost slišanja glasov in odnos slišalcev do njih. *Kairos* 9 (4), 2015, 43–67.
- DESJARLAIS, Robert: *Shelter Blues: Sanity and Selfhood among the Homeless*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1997.
- DILLON, Jacqui in Gail A. Hornstein: Hearing Voices Peer Support Groups: A Powerful Alternative for People in Distress. *Psychosis* 5 (3), 2013, 286–295.
- DILLON, Jacqui in Eleanor Longden: Hearing Voices Groups: Creating Safe Places to Share Taboo Experiences. V: Marius Romme in Sandra Escher (ur.), *Psychosis as a Personal Crisis: An Experience-Based Approach*. London in New York: Routledge, 2012, 129–139.
- ESCHER, Sandra: Useful Instruments for Exploring Hearing Voices and Paranoia. V: Marius Romme in Sandra Escher (ur.), *Psychosis as a Personal Crisis: An Experience-Based Approach*. London in New York: Routledge, 2012, 45–58.
- ESTROFF, Sue E.: *Making it Crazy: An Ethnography of Psychiatric Clients in an American Community*. Berkeley, Los Angeles in London: University of California Press, 1981.
- GOOD, Byron J.: *Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective*. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.
- HOLMA, Juha in Jukka Aaltonen: Narrative Understanding in Acute Psychosis. *Contemporary Family Therapy* 20 (3), 1998, 253–263.
- JABLENSKY, Assen: The Diagnostic Concept of Schizophrenia: Its History, Evolution, and Future Prospects. *Dialogues in Clinical Neuroscience* 12 (3), 2010, 271–287.
- JACOBSON, Nora: Experiencing Recovery: A Dimensional Analysis of Recovery Narratives. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 24 (3), 2001, 248–256.
- JENKINS, Janis Huter: *Extraordinary Conditions: Culture and Experience in Mental Illness*. Oakland: University of California Press, 2015.
- JENKINS, Janis Hunter in Robert John Barrett (ur.): *Schizophrenia, Culture, and Subjectivity: The Edge of Experience*. Cambridge, New York, Melbourne, Madrid, Cape Town, Singapore in São Paulo: Cambridge University Press, 2004a.
- JENKINS, Janis Hunter in Robert John Barrett: Introduction. V: Janis Hunter Jenkins in Robert John Barrett (ur.), *Schizophrenia, Culture, and Subjectivity: The Edge of Experience*. Cambridge, New York, Melbourne, Madrid, Cape Town, Singapore in São Paulo: Cambridge University Press, 2004b, 1–25.
- JENKINS, Janis Hunter in Elizabeth Carpenter-Song: The New Paradigm of Recovery from Schizophrenia: Cultural Conundrums of Improvement without Cure. *Culture, Medicine and Psychiatry* 29, 2005, 379–413.
- JENNER, Frederick Alexander, José António Zagalo-Cardoso, António Monteiro in José Cunha-Oliveira: “Esquizofrenia”: *Uma doença ou alguns modos de se ser humano?* Lizbona: Caminho, 1992.
- JOHNS, Louise C. in Jim van Os: The Continuity of Psychotic Experiences in the General Population. *Clinical Psychology Review* 21 (8), 2001, 1125–1141.

- JONES, Nev in Tanya M. Luhrmann: Beyond the Sensory: Findings from an In-Depth Analysis of the Phenomenology of "Auditory Hallucinations" in Schizophrenia. *Psychosis* 8 (3), 2015, 191–202.
- KLEINMAN, Arthur in Joan Kleinman: Suffering and its Professional Transformation: Toward an Ethnography of Interpersonal Experience. *Culture, Medicine, and Psychiatry* 15 (3), 1991, 275–301.
- LAMOVEC, Tanja: Fenomenologija in duševno zdravje. *Socialno delo* 33 (3), 1994, 201–205.
- LARKIN, Warren in John Read: Childhood Trauma and Psychosis: Revisiting the Evidence. V: Marius Romme in Sandra Escher (ur.), *Psychosis as a Personal Crisis: An Experience-Based Approach*. London in New York: Routledge, 2012, 61–73.
- LARSEN, John Aggergaard: Finding Meaning in First Episode Psychosis: Experience, Agency, and the Cultural Repertoire. *Medical Anthropology Quarterly* 18 (4), 2004, 447–471.
- LARSEN, John Aggergaard: Symbolic Healing of Early Psychosis: Psychoeducation and Sociocultural Processes of Recovery. *Culture, Medicine, and Psychiatry* 31, 2007, 283–306.
- LEAMY, Mary, Victoria Bird, Clair Le Boutillier, Julie Williams in Mike Slade: Conceptual Framework for Personal Recovery in Mental Health: Systematic Review and Narrative Synthesis. *The British Journal of Psychiatry* 199, 2011, 445–452.
- LONGDEN, Eleanor, Dirk Corstens, Sandra Echer in Marius Romme: Voice Hearing in a Biographical Context: A Model for Formulating the Relationship between Voices and Life History. *Psychosis* 4 (3), 2012, 224–234.
- LOVELL, Anne M.: The City is my Mother: Narratives of Schizophrenia and Homelessness. *American Anthropologist* 99 (2), 1997, 355–368.
- LUHRMANN, Tanya M.: *Of Two Minds: An Anthropologist Looks at American Psychiatry*. New York: Vintage Books, 2000.
- LUHRMANN, Tanya M.: "The Street Will Drive You Crazy": Why Homeless Psychotic Women in the Institutional Circuit in the United States Often Say no to Offers of Help. *The American Journal of Psychiatry* 165 (1), 2008, 15–20.
- LUHRMANN, Tanya M. in Jocelyn Marrow (ur.): *Our Most Troubling Madness: Case Studies in Schizophrenia across Cultures*. Oakland: University of California Press, 2016.
- MATTINGLY, Cheryl: *Healing Dramas and Clinical Plots: The Narrative Structure of Experience*. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.
- MAYES, Rick in Allan V. Horwitz: DSM-III and the Revolution in the Classification of Mental Illness. *Journal of the History of the Behavioral Sciences* 41 (3), 2005, 249–267.
- MCCARTHY-JONES, Simon: *Hearing Voices: The Histories, Causes and Meanings of Auditory Verbal Hallucinations*. Cambridge, New York, Melbourne, Madrid, Cape Town, Singapore, São Paulo, Delhi in Mexico City: Cambridge University Press, 2012.
- MEZZINA, Roberto, Larry Davidson, Marit Borg, Izabel Marin, Alain Topor in Dave Sells: The Social Nature of Recovery: Discussion and Implications for Practice. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* 9 (1), 2006, 63–80.
- READ, John: The Subjective Experience of the Link Between Bad Things Happening and Psychosis. V: Jim Geekie, Patte Randal, Debra Lampshire in John Read (ur.), *Experiencing Psychosis. Personal and Professional Perspectives*. London in New York: Routledge, 2012, 127–136.
- RIDGWAY, Priscilla: Restorying Psychiatric Disability: Learning from First Person Recovery Narratives. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 24 (4), 2001, 335–343.
- ROE, David in Larry Davidson: Self and Narrative in Schizophrenia: Time to Author a New Story. *Medical Humanities* 31, 2005, 89–94.
- ROE, David in Paul H. Lysaker: The Importance of Personal Narratives in Recovery from Psychosis. V: Jim Geekie, Patte Randal, Debra Lampshire in John Read (ur.), *Experiencing Psychosis: Personal and Professional Perspectives*. London in New York: Routledge, 2012, 5–14.
- ROMME, Marius: A Recovery-Focused Therapy Plan. V: Marius Romme in Sandra Escher (ur.), *Psychosis as a Personal Crisis: An Experience-Based Approach*. London in New York: Routledge, 2012, 153–165.
- ROMME, Marius in Mervyn Morris: The Recovery Process with Hearing Voices: Accepting as well as Exploring their Emotional Background Through a Supported Process. *Psychosis* 5 (3), 2013, 259–269.
- ROMME, Marius, Sandra Escher, José António Zagalo-Cardoso in José Cunha-Oliveira (ur.): *Na companhia das vozes: Para uma análise da experiência de ouvir vozes*. Lizbona: Editorial Estampa, 1997.
- ROMME, Marius, Sandra Escher, Jacqui Dillon, Dirk Corstens in Mervyn Morris (ur.): *Living with Voices: 50 Stories of Recovery*. Ross-on-Wye: PCCS Books, 2009.
- SCHEPER-HUGHES, Nancy: *Saints, Scholars, and Schizophrenics: Mental Illness in Rural Ireland*. Berkeley, Los Angeles in London: University of California Press, 2001 (posebna izdaja ob 20. obletnici knjige).
- SCHÖN, Ulla-Karin, Anne Denhov in Alain Topor: Social Relationships as a Decisive Factor in Recovering from Severe Mental Illness. *International Journal of Social Psychiatry* 55 (4), 2009, 336–347.
- SEIKKULA, Jaakko, Birgitta Alakare in Jukka Aaltonen: Open Dialogue in Psychosis II: A Comparison of Good and Poor Outcome Cases. *Journal of Constructivist Psychology* 14 (4), 2001, 267–284.
- SMITH, Mike in Ron Coleman: *The Working with Voices II. Victim to Victor*. Dundee: P&P Press, 2005.
- STRAUSS, John S.: Subjective Experiences of Schizophrenia: Toward a new Dynamic Psychiatry – II. *Schizophrenia Bulletin* 15 (2), 1989, 179–187.
- TEW, Jerry, Shula Ramon, Mike Slade, Victoria Bird, Jane Melton in Clair Le Boutillier: Social Factors and Recovery from Mental Health Difficulties: A Review of the Evidence. *British Journal of Social Work*, 42 (3), 2011, 443–460.
- TOPOR, Alain, Marit Borg, Roberto Mezzina, Dave Sells, Izabel Marin in Larry Davidson: Others: The Role of Family, Friends, and Professionals in the Recovery Process. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* 9, 2006, 17–37.

WILSON, Mitchell: DSM-III and the Transformation of American Psychiatry: A history. *The American Journal of Psychiatry* 150 (3), 1993, 399–410.

WOODS, Angela: The Voice-Hearer. *Journal of Mental Health* 22 (3), 2013, 263–270.

WOODS, Angela, Nev Jones, Ben Alderson-Day, Felicity Callard in Charles Fernyhough: Experiences of Hearing Voices: Analysis of a Novel Phenomenological Survey. *Lancet Psychiatry* 2 (4), 2015, 323–331.

Spletni viri

Spletni vir 1: Slišanje glasov; www.slišanjeglasov.si, 22. 11. 2016.

Spletni vir 2: Slišanje glasov – prevodi; <http://www.slisanjeglasov.si/prevodi.html>, 22. 11. 2016.

Spletni vir 3: Prijateljstvo je najboljšo zdravilo, Vodič za ustvarjanje skupnostne mreže podpore za duševno zdravje; <http://www.slisanjeglasov.si/prijateljstvo.pdf>, 21. 3. 2017.

Spletni vir 4: Vodnik za opuščanje uporabe psihiatričnih zdravil v skladu z načeli zmanjševanja škode; <http://www.slisanjeglasov.si/Vodnik%20za%20opu%C5%A1%C4%8Danje%20uporabe%20psihiatri%C4%8Dnih%20zdravil.pdf>, 21. 3. 2017.

Explorer of Signs:

An Anthropological Perspective on Experiencing Manifestations of Signs, Voices and Visions

The main motivation for this article was that experiences of visions, hearing voices and alike are simultaneously one of the main preoccupations for people who have to live with them but are only rarely addressed by psychiatric services and psychosocial programmes. Secondly, these experiences have a higher prevalence (5–15%) in the general population than disorders of the psychotic spectrum (around 1%), which in itself draws the conclusion that the concept of illness applied to them cannot be acceptable. The author tries to understand these experiences as an ongoing process of meaningmaking.

To Janez, signs, voices and visions communicate lot of things. They warn and torture him, but sometimes just simply suggest interesting ways of exploring his own lived world. Even though he has been a user of psychiatric services for years, which often leads to acceptance of such experiences as meaningless manifestations of illness, he insists on his perception of them as being meaningful.

Living with such experiences is a task which Janez has to manage by himself although he is a user of psychiatric services and a social rehabilitation programme. His prevalent strategy in dealing with them is his exploration of the signs. This requires a certain amount of interest and attempts at trying to explain them. At the same time, some distance is necessary because he is afraid of losing control over this process, which has already happened several times and resulted in his hospitalization in the psychiatric clinic. Control of his experiences is therefore an important aspect of his daily life with visions, voices and signs, and this is a lonely path towards their understanding.

The article emphasizes the understanding of »psychotic symptoms« as a meaning-making process. It remains idiosyncratic, partly because of Janez's marginal position in the society, the nature of his "symptoms", and the prevalent approach to such experiences. Therefore, an individual remains out of intersubjective spaces where meanings are negotiated through dialogical practices, and become and remain socially shared. After the phenomenological analysis of Janez's experiences the article suggests that his life with them is marked by his lonely attempts to cope with them, which is also perpetuated in the contexts of different support services.