

Juš ŠKRABAN

»Preveč informacij za mojo mlado glavo«:**Živeti po prvi psihotični epizodi****»Too much information for my young head«:****Living after a first psychotic episode****POVZETEK**

Članek se ukvarja z analizo nekaterih vidikov posameznikovega vsakodnevnega življenja osebe po prvi psihotični epizodi. Besedilo temelji na primeru etnografskega terenskega dela s posameznikom, hospitaliziranim v Psihiatrični bolnišnici v Coimbri na Portugalskem. Prvič, članek analizira antagonizme konstrukcij razlagalnih modelov psihoze, kjer se je pokazalo, da v času psihiatrične obravnave sogovornikova subjektivna izkušnja ni postala del biomedicinske zgodbe. Drugič, članek razume zgodbe okrevanja kot relacijski fenomen – subjektivne izkušnje analizira v intersubjektivnem kontekstu, kjer vznikajo. Tretjič, besedilo analizira raziskovalno relacijo in zaključuje, da lahko razumemo sogovornikovo prekinitev sodelovanja v raziskavi kot njegov širši način ustvarjanja varnih prostorov pri življenju po prvi psihotični epizodi.

Ključne besede

Psihoza, naracija, okrevanje, medicinska antropologija, vzgodbljanje.

ABSTRACT

This article analyses some aspects of an individual's everyday life after a first psychotic episode. It is based on ethnographic fieldwork at the Psychiatric Hospital in Coimbra, Portugal. First, the article analyses a variety of different explanatory models of psychosis, where one can see how the participant's subjective experience was not a part of the narrative of psychiatric care he received. Secondly, the article approaches recovery narratives as enacted relational phenomena. It analyses subjective experiences in intersubjective contexts where they emerge. Thirdly, the research relation is considered. The withdrawal of the participant from the study is interpreted as that individual's meaningful coping strategy that was a part of his wider withdrawal from society in his life after his first psychotic episode.

KEY WORDS

Psychosis, narrative, recovery, medical anthropology, emplotment

EXTENDED ABSTRACT

This study, based on ethnographic fieldwork, deals with the everyday life of an individual after his first clinically recognised psychotic episode (FPE). The study is, additionally, informed by contemporary anthropological theory and, especially, narrative approaches.

Medical anthropology, a separate anthropological subdiscipline, has contributed with detailed studies on how health and illness are locally constructed categories, both in Western and in non-Western countries. Such a perspective has been shown, regarding psychosis, in different studies in which experiences like hearing voices or having visions – which are in the Western world constructed as psychotic symptoms – are locally constructed without any reference to local medical categories. The emphasis on experience has been a distinctive part of the anthropological approach to psychosis and has tried to show, particularly with current studies in »the West«, how psychosis can be understood in the context of an individual's everyday life which also usually includes other kinds of social abandonment or marginality.

This article proposes some affinity between the anthropological investigation of psychosis and contemporary literature on recovery which emphasises new approaches in thinking about life after psychotic experiences, that is usually resumed with the notion of »personal recovery«. It has been widely employed as an alternative to the biomedical notion of »clinical recovery«, which considers only clinical aspects of personal experience with psychosis. It is suggested that psychosis and living with it include many other, non-clinical aspects, namely aspects of one's everyday life.

This article is grounded in the notion of »social recovery« which understands recovery from psychosis as overcoming problems arising from psychotic experiences and the social responses to it. Its analysis locates recovery in interpersonal relations, employing concepts such as intersubjectivity and dialogue. Recovery, in this perspective, is primarily a relational phenomenon, and living after FPE can be analysed primarily as finding (or not) a new place in one's social relationships.

FPE emerges, additionally, as an interesting phenomenon of study since cultural signifiers are not yet frozen into well established blocks, as may happen with long-term psychiatric care. Interpersonal reconstruction after the FPE is studied on the basis of fieldwork experience with Gregor, a young man in his mid-twenties, during and after his first psychiatric admission.

The fieldwork was part of a Master's thesis in Social and Cultural Psychiatry in Coimbra, Portugal. All the ethnographic data was translated from Portuguese to Slovene and personal information hidden so that Gregor's anonymity is preserved.

The fieldwork consisted mainly of participant observation, where I spent time with Gregor on my visits during his first hospitalisation. It included also the filming and audio taping of our conversations. Some of the ethnographic material was produced also with semi-structured interviews. Although we also met several times during his life back in the community, our collaboration ended quite quickly after Gregor's release from the hospital. The fieldwork did not have any research hypothesis or variables to test. The intention was to improve understanding of the social dynamics of living after the FPE.

With regard to the ethnographic data, the article considers first the two most present aspects of Gregor's »explanatory model« of his psychotic episode, his spiritual quest and his agency. His understanding of the etiology of his own condition was embedded in his wider being-in-the-world, namely his acceptance of the existence of spirits and energies. He considered his spiritual quest as one of the main reasons for his psychosis, since it first led to the confusion in his head, which was one of the predominant ways in which he explained his psychotic experiences. Exploring the spiritual aspects of his life turned out to be a difficult task which Gregor preferred not to talk about. This approach is analysed as Gregor's way of keeping control over his disorganised experiences which later culminated in his withdrawal from the study.

His distinctive »explanatory model« was not, as it was observed, either listened to nor understood in the context of his psychiatric treatment. It is shown how Gregor finding psychiatric diagnosis strange slowly began to integrate his own spiritual explanation. As has been analysed in a different anthropological study of FPE, the biomedical explanatory model which was at first strange to Gregor, started to make sense to him so he started to use psychiatric terminology even without understanding what exactly psychosis meant. Using a narrative lens, one could say that the biomedical narrative – in Gregor's particular context the dominant narrative – was used not just as a scientific but also as an experiential truth. On the other hand, Gregor's own explanatory model is found to be »unemplotted« – his narrative does not include all of his story in the context of psychiatric treatment. From a dialogic perspective, one can say that meanings emerge and become part of dialogical, intersubjective meaning-making. It is found that in Gregor's case he was outside of the dialogical spaces of shared meanings – firstly during his psychosis which is as such an idiosyncratic narrative, and secondly during his psychiatric treatment.

The second aspect of Gregor's explanatory model refers to agency in his psychotic experiences. However, this topic is rather ambivalent. He referred to the fact that he was not doing a lot of things in his life before his FPE as one of the main causes for his FPE. He persistently talked about how he could have gone somewhere but he stayed in Coimbra without doing anything. The journey motif was, therefore, strongly present. It provides us with a clue, supported by narrative interpretations of psychosis, that the latter can be understood as an ultimate means of maintaining one's agency.

The article then examines a variety of narratives present in Gregor's interpersonal space in his life with others in relation to his life after his release from the hospital. Narratives analysed here come from Gregor's last week in the hospital. His own self-narrative is described – in talking about his release, Gregor repeated his journey motif.. He wanted to go to the South of Portugal to meet a person who would, supposedly, help him to stabilise. Majda, a friend of Gregor's, in one of her visits explored with him the

possibilities for life in the community but at the end thought that the best for him would be to stay with his father in Coimbra. Majda's story about his life after leaving hospital therefore, did not coincide with Gregor's. Likewise, Ciril, Gregor's nearest peer from the psychiatric unit, thought that it would be the best for Gregor to stay on for a bit in Coimbra before going to the South. However, Ciril's interaction with Gregor is distinctive. They both share a specific explanatory model of psychosis. It is observed that Ciril's narrative is the only one in the context of Gregor's stay in the psychiatric hospital that recognised what was »at stake« for Gregor and »emplotted« it, making it a part of intersubjective meaning-making. Ciril spoke about Gregor's fears, his acceptance of the presence of spirits, and his wish to go to the South, and made sense of them in his own narrative.

From the theoretical point of view, this analysis draws on Mattingly's concept of »therapeutic emplotment« and applies it to intersubjective meaning-making outside therapeutic contexts. It suggests how these dialogical spaces between Gregor and his significant others talked about his future and at the same time gave it a direction. In more abstract terms, one can say narrative is not just *de facto* meaning-making attached to pure, non-narrative experience, but instead there maybe a narrative quality of experience.

Lastly, the article considers the »emplotment« of the collaborative research between me and Gregor. It is observed that for some time it made sense to Gregor to collaborate in the study, especially during his inpatient period when he saw my visits as a welcome interruption to a monotonous inpatient everyday routine. However, at a certain point his collaboration in the research started to interfere with his way of coping with the confusion caused both by the psychotic experience itself and by the experience of the first psychiatric admission. When he moved back to his father's home, the structure of his everyday life as an inpatient was missing which probably contributed to the confusion. Furthermore, as phenomenological insight shows, psychotic experiences usually temporarily reduce an individual's capacity to engage in intersubjective spaces. Gregor's withdrawal from the study is therefore interpreted as his way of coping with the intrusive and destabilizing experiences he was going through.

This might continue the discussion from the beginning of the article where personal recovery models are discussed. The majority stress a person's active role in their own recovery journey. The present ethnographic example might critically contribute to the discussion and make us further reflect on the practical aspects of recovery from psychosis that might be promoted and facilitated.

1. Uvod

Kulturna/socialna antropologija se je kot disciplina »preučevanja načinov življenja« (Muršič, 2011) že od svojih začetkov zanimala za pomemben del vsakdanjega življenja ljudi po svetu, zdravje in bolezen, in ju razumela kot kulturni kategoriji. Od prvih kulturno evolucionističnih popisov tradicionalnih medicinskih znanj se je antropološko zanimanje za zdravje in bolezen okrepilo do točke, ko se je oblikovala samostojna poddisciplina, medicinska antropologija (Lipovec Čebon, 2008: 28–59). V veliki meri se je osnovala na konceptualizaciji razlike med boleznijo (ang. disease) in izkušnjo bolezni (ang. illness) (Kleinman, 1980: 72; slovenski prevod povzet po Lipovec Čebon, 2008). Če bolezen razumemo kot okvaro bioloških procesov v telesu (kot jo konstruira sodobna medicina), izkušnjo bolezni razumemo kot psihosocialno izkušnjo in dojemanje bolezni (Kleinman, Eisenberg in Good, 1978: 252–3). Posledični val raziskovanja je zaznamovala kopica analiz biomedicinske konstrukcije bolezni na eni in primerjalne raziskave različnih drugih konstrukcij bolezni in zdravja drugod po svetu.

Raziskave težav v duševnem zdravju niso zaostajale za drugimi raziskavami zdravja in bolezni. Psihijatrija in antropologija sta bili na istem mestu prvič obravnavani leta 1932 s člankom »Cultural Anthropology and Psychiatry« antropologa Edwarda Sapirja. Njegovo sodelovanje s psihiatrom Harryjem Stackom Sullivanom je pomembno za zgodovino dialoga med tema disciplinama in je hkrati produkt podobnih interakcionističnih idej teh avtorjev – Sapir je razumel antropologijo kot vedo o družbenih interakcijah, kar je sovpadalo s Sullivanovo konceptualizacijo psihiatrije (Jenkins, 2004: 32). Od takrat naprej so bili kulturni vidiki duševnih motenj predmet zanimanja obeh disciplin, kar je pripeljalo do prvih refleksij o medkulturnih študijah duševnih motenj v petdesetih letih 20. stoletja (Hopper, 2004: 62).

Antropološko se od drugih raziskovanj psihotičnih¹ izkušenj loči predvsem z zase značilnim etnografskim pristopom, ki metodološko privilegira neposredno udeležенost raziskovalca (metoda opazovanja z udeležbo) in intervjuje (ki segajo od nestrukturiranih, preko polstruktuiranih do strukturiranih intervjujev) (za več glej Muršič, 2011).² Eden izmed pomembnejših prispevkov je prinesel zbornik *Schizophrenia, Culture, and Subjectivity* (Jenkins in Barrett, 2004), ki kot prvi združuje prispevke, osnovane na terenskih izkušnjah z različnih delov sveta (za zbornik najnovejših raziskav glej Luhrmann in Marrow, 2016). Ta medkulturni pogled kulture ne želi reducirati na »kulturni faktor/variablo«, temveč skuša podati analizo kulturne *konstrukcije* različnih izkušenj in družbenih oznak tega, kar Zahod razume kot shizofrenijo.³ Antropološke raziskave shizofrenije se niso omejele zgolj na »ne-zahodne« družbene kontekste.

Etnografije na Zahodu (globalnem Severu) so se osredotočile predvsem na *izkušnje* ljudi pri življenju s psihotičnimi izkušnjami in izkušnjami psihiatrične obravnave ter njihove strategije pri življenju v skupnosti (Corin, 1990; Estroff, 1981; Larsen, 2002). Nekatere pomembnejše raziskave poudarjajo družbeno marginalnost ljudi z diagnozo in tako odpirajo širša vprašanja marginalizacije oseb, pri katerih se izkušnja brezdomstva, psihoze in druge vrste odrinjenosti medsebojno prekrivajo (Biehl, 2005; Desjarlais, 1997; Luhrmann, 2008). Družbeni kontekst hospitaliziranih oseb je analiziran tako v raziskavah skupnosti (Scheper-Hughes, 2001) kot tudi psihiatričnih ustanov (Barrett, 1996; Brodwin, 2013; Luhrmann, 2002).

Družboslovne raziskave psihotičnih epizod so se usmerile tudi na raziskave okrevanja (ang. recovery)⁴. Kmalu so začele prespraševati »klinično okrevanje«, ki vključuje zgolj izboljšanje simptomov (katerih popolna remisija naj bi pomenila popolno klinično okrevanje). S konceptom osebnega okrevanja (ang. personal recovery) so poudarile, da je okrevanje po psihotični epizodi proces, ki ga najbolje evalvira sam posameznik s to izkušnjo, slednji pa lahko kot pomenske v tem procesu razume poleg simptomov tudi marsikatero druge vidike svojega vsakdanjega življenja (Slade in Longden, 2015: 3). Temu pogledu prispevajo tudi antropološke analize medkulturnih nesporazumov v procesih zdravljenja. Če razumemo slednje kot kulturni proces, lahko rečemo, da mora biti zdravljenje, če naj bo učinkovito, dojeno kot pomensko tako za zdravstvene delavce kot tudi za bolnika (Kleinman, 1980).

Načini za doseganje okrevanja niso imuni na vplive kulture. Okrevanje po psihozi je npr. v severnoameriški družbi zaznamovano z željo po nadzoru (simptomov, čustev, ...) in z željo po biti aktiven, kar sta dve pomembni vrednoti te družbe (Jenkins in Carpenter-Song, 2005: 390–4). Psihosocialno rehabilitacijo po psihozi lahko torej razumemo kot resocializacijo v sistem vrednot določene družbe (Myers, 2010) preko različnih društev in organizacij, ki v praksi udejanjajo in s tem preoblikujejo idejo okrevanja (Myers, 2015). V procesu okrevanja so pomembni predvsem dnevni rituali (vstajanje iz postelje, dobivanje na kavi s prijatelji, skrb za druge, vrtnarjenje...) v želji po vrnitvi vsakdana, ki ga je pretresla psihoza (Jenkins in Carpenter-Song, 2005: 398).

2. Raziskovalni problem – zgodbe in medosebno okrevanje

Pričujoča analiza razume okrevanje kot družbeni proces predvsem v intersubjektivnem prostoru interakcij med »bolnikom« in njegovimi bližnjimi, za kar uporabljam izraz *medosebno* okrevanje. S tem se analiza vpenja v sodobne raziskave duševnega zdravlja v treh vidikih.

Prvič, družbeno okrevanje (angl. social recovery) se vzpostavlja kot vse pomembnejši koncept, ki razume okrevanje kot družben proces in poudarja povezanost posameznika z drugimi, torej njegov osebni in medosebni svet (Mezzina idr., 2006; Schön, Denhov in Topor, 2009; Tew idr., 2011). Z drugimi besedami, tovrstne raziskave kažejo predvsem na pomenske medosebne odnose kot ključni faktor za posameznikovo okrevanje. Okrevanje torej ni zgolj sprememba znotraj posameznika (njegovih tako bioloških kot psiholoških sprememb pri okrevanju) – je restrukturiranje posameznikovih interakcij v odnosu do drugih. Pri tem strokovna pomoč ni edina možna oblika podpore. Zdravstveni sistem sestoji poleg profesionalnega tudi iz tradicionalnega (zdravilci ipd.) in ljudskega sektorja. Predvsem slednji (ki vključuje posameznikove bližnje, širši družbeni krog in skupnost, v katero je vpet), kot poudarja ameriški kulturni antropolog in psihiater Arthur Kleinman, igra najpomembnejšo vlogo pri odzivu na posameznikovo izkušnjo bolezni (Kleinman, 1980: 50). Podobno drži tudi za okrevanje po psihozi – poleg profesionalnega sektorja izjemno pomembno vlogo pri nudenju podpore odigrajo posameznikova družina, prijatelji in drugi bližnji – na kar morajo biti pozorne tudi raziskave okrevanja (Topor idr., 2006: 21).

Drugič, pričujoče besedilo se osredotoča na družbeno konstrukcijo psihoze in okrevanja, pri čemer analitično privilegira relacijsko dimenzijo omenjenih fenomenov. Po

mnogih dekonstrukcijah ideje o subjektivnosti – predvsem s strani francoske strukturalistične misli (strukturna logika družbe po Lévi-Straussu, Foucaultova teorija diskurza, Bourdieujeva teorija habitusa) – je del antropologije vključil subjektivnost kot predmet raziskav preko t. i. intersubjektivnega obrata. Subjektivna izkušnja ni avtentičen in samonikel fenomen – oblikujejo jo dinamične prakse subjektivnih interakcij z drugimi (Biehl, Good in Kleinman, 2007: 10; Kleinman in Kleinman, 1991: 277). Intersubjektivni obrat daje analitično prednost relacijam in ne individualni izkušnji (Jackson, 1998: 3). Resničnost je, v skladu s to perspektivo, primarno relacijska.

Dialog je v antropološki teoriji pogosto uporabljen kot sinonim za intersubjektivnost (Fabian, 2014: 206). Hkrati koncept dialoga pogosto uporabljajo v narativnih teorijah, ki v pomembni meri zaznamujejo pričujočo analizo. Dvojico intersubjektivnost in dialog želim operacionalizirati preko »zgodbe«, kar pomeni tretji pomembni analitični poudarek. V svoji knjigi *Healing dramas and clinical plots: The narrative structure of experience* (glej Mattingly, 1998) ameriška antropologinja Cheryl Mattingly obravnava odnose med delovnimi terapevtkami in bolniki pri njihovem okrevanju po težkih fizičnih poškodbah. Avtoričino analizo delovne terapije zaznamuje njeno svojstveno razumevanje naracije in narativnega. Široko sprejet konsenz medicinske antropologije predlaga, da pojav bolezni vselej razgradi izkušnjo vsakdanjega sveta določene osebe, ki jo naracija o bolezni kasneje skuša pomensko umestiti in tako ponovno vzpostaviti red in koherenco vsakodnevnega življenja (Good, 1994: 124).⁵ V svoji teoriji »vzgodbljanja« (angl. emplotment) Cheryl Mattingly zavrača idejo, da zgodbe zgolj post-festum organizirajo in s tem do določene mere transformirajo pred- oziroma nenarativno, surovo izkušnjo (Mattingly, 1998: 25). Kot poudari avtorica, bolniki in terapevti ne zgolj pripovedujejo, temveč v medsebojnih interakcijah oblikujejo zgodbam podobne strukture, ki organizirajo njihovo izkušnjo terapije (Mattingly, 1998: 2).

Inovativnost predstavljene teorije je predvsem v specifičnem pogledu na odnos med zgodbo in izkušnjo. Kot povzema avtorica, tozadevno prevladujeta dva pogleda. Prvi, mimetični, vidi naracijo kot okno za naposledni vpogled v izkušnjo. Postmodernizem ga je označil kot naivno realističnega oz. pozitivističnega. Drugi prevladujoči pogled Mattingly imenuje »anti-mimetični«. Slednji razume naracijo kot konstrukcijo, ki strukturira izkušnjo. Ta pogled je prevladujoč tudi v sodobni antropologiji in torej vzpostavlja ontološko razliko med (prenarativno oz. nenarativno) izkušnjo in naracijo. Teorija vzgodbljanja, osnovana na hermenevtični in fenomenološki filozofski misli, kritizira anti-mimetično pozicijo, saj meni, da se slednja ni dovolj posvečala raziskavam izkušnje ter da jo je tako posledično napačno razumela kot nestrukturirano. Mattingly tako analizira klinično prakso in opaza narativnost v pretežno neverbalnih interakcijah med terapevti in bolniki. S tem opozarja na pomen vzgodbljanja, kreacij pomenskih izkušenj, za klinično prakso. Podobno opozarjajo mnogi avtorji, ki uporabljajo narativne pristope za razumevanje klinične prakse, vendar pa se osredotočajo zgolj na diskurzivni del interakcij.

Za potrebe pričujočega besedila iz predstavljenje teorije najprej izpostavljam, da zgodb torej ne gre iskati v pripovedovanju posameznikov, iskati jih gre predvsem na nivoju interakcij med ljudmi. Na tej ideji gradim tudi analizo svoje terenske izkušnje. Čeprav terenska izkušnja C. Mattingly ne presega konteksta delovne terapije, želim v tem članku vzgodbljanje razumeti izven konteksta klinične prakse (kot so to naredili tudi drugi, glej Hatala in Waldram, 2017; Krause 2003), na primeru življenja sogovornika po prvi psihotični epizodi.

Osredotočenje na prvo akutno psihotično epizodo se zdi še posebej zanimivo, saj gre za fazo, ki nam lahko veliko pove o kulturnih procesih, ki oblikujejo doživljanje posameznika in njegovih bližnjih. To fazo zaznamuje povečano iskanje družbenih pomenov do pred nedavnim še nedoživetih izkušenj, ki še niso zamrznjene v dobro definirane kategorije, kot se to navadno zgodi pri osebah z dolgo psihiatrično »kariero« (Corin, Rangaswami in Padmavati, 2004: 114).

To nas pripelje do raziskovalnega vprašanja, ki je vodilo raziskavo. Kako je živeti vsakdanje življenje po prvi psihotični epizodi? Članek ne vsebuje niti hipotez niti spremenljivk – želi pa razumeti (inter)subjektivne izkušnje okrevanja po psihozi z vidika relacij posameznika v vsakodnevem življenju.

3. Etnografska približevanja

Terensko delo, na katerem temelji besedilo, je osnova tudi za magistrsko nalogo programa Socialne in kulturne psihiatrije na Univerzi v Coimbri na Portugalskem. Opravil sem ga v psihiatrični bolnišnici v Coimbri, konkretnije na oddelku, ki je med drugim posvečen obravnavi posameznikov po prvi (klinično prepoznani) psihotični epizodi. Besedilo se osredotoča na del raziskave, opravljene leta 2016 v sodelovanju s 24-letnim Gregorjem, ob njegovi prvi hospitalizaciji. Sogovornikovo⁶ ime je spremenjeno in poslovenjeno, osnova za pisanje članka pa so bili terenski zapiski in transkripcija vsega posnetega materiala, ki ga ob dobesednem citiranju prevajam iz portugalščine v slovenščino.

Z Gregorjem sva se srečala prvič eno leto in drugič en mesec pred njegovo prvo hospitalizacijo. Takrat še nisva vedela, da se bova srečala tudi v psihiatrični bolnišnici, kar se je prvič in nepričakovano zgodilo 11. oktobra 2016, saj je bil takrat 24-letni Gregor prvič hospitaliziran zaradi psihotične epizode. Če sva se prvokrat srečala v izvenbolnišničnem kontekstu, ki je omogočal bolj enakovreden odnos, je bila situacija v bolnišnici definirana bolj polarno – on je nastopal kot bolnik in potencialni sodelavec v moji raziskavi. Sedel sem pred oddelkom in čakal na pogovor s psihiatrom, ki mi je pomagal vzpostaviti prvi stik z ljudmi z oddelka. Gregor je prišel mimo mene in me prepoznal. Klepet je nakazal, da ni bil zadovoljen s tem, da je bil hospitaliziran, saj je razumel svoje probleme kot nekaj, kar nima povezave z boleznijo in psihiatrijo. Po tem sem se pogovoril še s psihiatrom, ki mi je – nevedoč, da sva se z Gregorjem že poznala – predlagal prav Gregorja kot potencialnega udeleženca v moji raziskavi.

Tu predstavljena etnografska izkušnja se nanaša predvsem na zadnji teden sogovornikove hospitalizacije. Dobivala sva se predvsem ob popoldnevih v času obiskov. Uporabljal sem metodi opazovanja z udeležbo in nestrukturiranega intervjuja, s čimer sem skušal razumeti, kaj je bilo pomembno v njegovem življenju po prvi psihotični epizodi. Svoje obiske sem začel snemati, ko je Gregor v pogovoru navrgel, da bi jaz lahko posnel kratki film o življenju v bolnici. Naslednji dan sem se vrnil z žepno kamero in predlagal, da snema on. Prvi del materiala je bil posnet na sprehodih po območju psihiatrične bolnice, kasneje pa sva pogovore, ki niso bili snemani s kamero, posnela v avdio zapisu.

4. Antagonizmi različnih zgodb

Tu predstavljena izkušnja Gregorjeve hospitalizacije nam pove veliko predvsem o fluidnosti procesov vzgodbljanja različnih »razlagalnih modelov« bolezni (Kleinman, 1980). V nadaljevanju se bomo posvetili predvsem dvema najbolj ključnima elementoma Gregorjevega »razlagalnega modela« psihotične epizode, duhovnosti in njegovi tvornosti (angl. agency). Koncept razlagalnega modela je izjemnega pomena v zgodovini medicinske antropologije, saj je kot eden prvih pokazal, da bolezen ni nujno entiteta (kot nakazuje biomedicina), temveč jo lahko razumemo kot vrsto razlage, s tem pa kot globoko družbeni proces (Lipovec Čebren, 2008: 58). Razlagalni model po Kleinmanu vsebuje razlage bolezni in zdravljenja vsakogar, ki je vključen v klinični proces (npr. razlaga etiologije bolezni, percepcija vpliva bolezni na vsakdanje življenje osebe, na primerno zdravljenje in podobno; glej Kleinman, 1980: 105). Koncept je bil tarča mnogih kritik. Prvič, bolnike naj bi kazal kot zgolj racionalne ljudi, ki strukturirano podajajo svoje ideje o izkušnji bolezni (Young, 1981: 317). Drugič, performativna analitična tradicija poudarja, da je družbeni svet in s tem tudi etnografsko terensko delo ko-konstrukcija, ki vključuje sogovornike in raziskovalce (*Mattingly, 1998: 16*). Razlagalni model torej ni nekaj, kar bi zgolj čakalo na raziskovalčev diktafon, niti ni neobčutljiv na spremembe tekom časa. Ravno ta dva vidika, intersubjektivna produkcija naracije in njena časovna spremenljivost, bosta osrednja v sledeči analizi.

Gregor dojema svojo duhovno iskanje kot enega izmed pomembnejših razlogov svoje krize. Prepozna, da je v življenju nekaj več kot zgolj materialna resničnost. Takole ironično komentira pozicijo ljudi, ki ne dojemajo drugih plasti resničnosti: »Smo trdi, [z zelo nizkim glasom] ne obstaja nič onkraj naše resničnosti.« Gregor čuti prezence različnih entitet v svoji okolici in trdi, da jih znajo čutiti tudi otroci, kar so potem naučeni pozabiti preko procesa socializacije. Prisotnost drugih entitet je pomemben vidik njegovega razumevanja tako psihoze kot tudi vsakdanjega življenja. Ne bere veliko, vendar je bila edina knjiga, ki jo je imel s seboj v bolnišnici, knjiga o duhovnosti. Kakšen teden pred odpustom iz bolnišnice je dobil možnost enodnevnega odpusta, ki ga je izkoristil za obisk duhovnega centra, kamor sta šla skupaj z očetom, s katerim delita zanimanje za duhovnost.

Gregor želi raziskati duhovno plat življenja in postati kanal med duhovnim in materialnim svetom. V tej smeri je delal veliko v času pred svojo psihotično epizodo, kar je pripeljalo do zmede, ki je ključni element njegove naracije:

G: Iskal sem veliko informacij o duhovnosti. Veliko različnih gurujev. To je povzročilo veliko zmedo v moji glavi. Želel sem se razsvetliti na hitro. /.../ Ni potrebno iskati stvari v življenju, pojavijo se, ko smo pripravljeni na njih, ki jih potrebujemo, ko smo za njih odpti in zmožni sprejeti. Jaz sem želel posrkati vse na enkrat.

JŠ: Uau. Too much information. [Preveč informacij.]

G: Ja. Too much information for my young brain. [Preveč informacij za mojo mlado glavo.]

Duhovnost je bila tema, na katero sva se velikokrat vračala. Gregor je govoril o duhovnosti dokaj sproščeno do določene mere, nato pa je začel bolj in bolj poudarjati, da mora, kdor govori o tej temi, biti močen in se ne pustiti zmeti: »Nisem še v redu,

razumeš, zato ne morem govoriti o teh rečeh. /.../ [Duhovnost] je ena pot. A ne želim govoriti o tem. Hočem reči... Nihče... Najprej moram pomagati samemu sebi.«

Psihiatrični razlagalni model psihotične krize je bil Gregorju nerazumljiv, hkrati pa ni upošteval Gregorjevega duhovnega razumevanja lastnih izkušenj. Nekega dne se je Gregor odločil vprašati osebe enote, kako razlagajo njegovo krizo. Kot je povzel, naj bi nastala zaradi družinskih pritiskov in preveč informacij v njegovi glavi, kar se mu je zdela smiselna razlaga. Še vedno se je spraševal, kaj pomeni »psihozo«. Teden pred odpustom je povedal, da bo to raziskal, ko bo prišel domov in dobil povezavo z internetom. Naslednji izsek intervjuja nam daje nadaljnji vpogled v Gregorjev način soočanja s svojo in psihiatrično razlago psihotične krize:

Tu je, kot da bi imel pokvarjen motor. Tukaj. Včasih problem ni v motorju, temveč v abstraktnih problemih v tebi, veš? Ali pa je to zmeda glede drugih stvari in potem moraš iti kam drugam. Potem postane vse nekako čudno... ne vem, jaz sem prišel sem [v bolnišnico], zdaj moram sprejeti to, sprejeti moram zdravila. Moram si vbiti v glavo, da sem imel psihozo, morda je psihoza zgolj ime, ki so ga dali mojim problemom, ki so v resnici nekaj čisto drugega. (2. november)

Gregor torej ne sprejema biomedicinskega modela psihoze. Slednji je osnovan na razlagi možganskih sprememb. Računalniška tomografija (CT) možganov je del rutinskega pregleda pred odpustom iz omenjene enote. V Gregorjevem primeru CT slika ni pokazala nobenih pomembnih odklonov, kar je še dodatno prispevalo k Gregorjevi zmedi, ki sta jo povzročili kriza in hospitalizacija. Na drugi strani Gregor razume psihozo v kontekstu svojega spiritualnega iskanja. Njegova spiritualna razlaga psihoze je ostala neslišana s strani strokovnjakov v psihiatrični bolnišnici. Kot pravi, psihiatri »nimajo pojma o tem«: »moj problem morda ni zdravstven, lahko je spiritualen«.

Psihiatrija je svojevrstna oblika simbolnega zdravljenja, ki se na svoj partikularen način vzpostavlja preko diagnostičnih in psihoedukacijskih praks (Larsen, 2007: 301). Na tem mestu je bolj kot prespraševanje empirične »resnice« psihiatričnega modela zanimivo analizirati, kako psihiatrični model v praksi postaja tudi izkušnjska resnica bolnikov – postaja del naracije, s katero bolniki osmišljajo svoje subjektivne izkušnje (prav tam: 294). Etnografija se tu kaže kot uporaben metodološki pristop, ki uspe zapopasti omenjeni proces. Bolj kot se je približeval Gregorjev odpust iz bolnišnice, bolj smiselna se mu je zdela razlaga njegovih izkušenj kot »psihotične epizode«, čeprav je še vedno ohranjal spiritualnost kot osrednjo temo, ki je prečila vso njegovo bivanje v svetu in tudi njegovo razlago doživete krize. Gregorjev primer kaže na spremembo razlagalnega modela, ki je bil sprva dosti bolj spiritualno obarvan in ni vključeval ideje o bolezni (11. oktober), kasneje pa je začel sprejemati psihiatrični model, čeprav pospremljen s skepsa (2. november).

Težave v duševnem zdravju lahko razumemo na ravni intersubjektivnih relacij, ki so prostor vznikanja in ohranjanja družbeno deljenih pomenov. Narativna perspektiva razume psihozo kot naracijo, ki zaradi različnih družbenih okoliščin (npr. družbene izključenosti) ni vključena v prostore, kjer se pomeni konstruirajo dialoško, zato dobi nekoliko težje razumljivo, idiosinkratično pojavnost (Holma in Aaltonen, 1998; Roe in Davidson, 2005: 91). Namesto psihiatričnega besednjaka (blodnje, halucinacije ipd.) narativna perspektiva govori o naracijah, ki ne vznikajo v dialoških prostorih in zato

(p)ostanejo težje razumljive za okolico. Gregorjeva razlaga lastnih subjektivnih izkušenj s strani psihiatrije ni postala del intersubjektivne zgodbe v kontekstu psihiatrične obravnave. Rečemo lahko torej, da je Gregor ostajal izven prostora dialoške ko-konstrukcije pomenov tudi v času prejemanja psihiatrične pomoči (kar sem sam opazil tudi v drugem primeru; glej Škraban, v tisku). Interpretativna analitična tradicija medicinske antropologije je analizirala kontekste nastajanja zgodb v relacijskih, mikro-kontekstih. Gregorjev primer pa na drugi strani opozarja na pomen, ki ga ima institucionalni kontekst v produkciji naracij o bolezni (Saris, 1995: 42).

Gregorjevo razumevanje lastne »psihotične« krize je močno povezano z njegovim širšim dojetanjem sveta. Njegova tvornost se kaže kot drugi najpomembnejši element njegove naracije. Kot pravi, je življenje posledica naših odločitev. Ob pogovoru o njegovem življenju pred prvo epizodo psihoze je omenil, da ni počel nič, kar je takrat (25. oktober) razumel kot enega izmed večjih razlogov svoje krize. Njegovo življenje pred hospitalizacijo je bila tema mnogih pogovorov: »lahko bi pograbil svoje stvari in šel potovat, delat nekam« (31. oktober). Čeprav je Gregor čutil svojo krizo in s tem tudi potrebo po podpori, se mu psihiatrična oskrba ni zdela primeren odgovor na krizo. Odsotnost svoje aktivne vloge in sprejemanja odločitev Gregor opisuje preko prostorskih metafor kot »luknjo«, kar nakazuje na njegov občutek ujetosti. Gregorjev primer podpira interpretacije nekaterih narativnih raziskav, ki vidijo psihozo kot »naracijo«, ki ohranja posameznikovo moč tvornosti (Holma in Aaltonen, 1997).

Gregorjevi ostali poskusi osmišljanja lastnih psihotičnih izkušenj so tesno povezani z življenjem pred krizo, ki jo poleg »delati nič« zaznamuje tudi zabava in z njo povezano uživanje alkohola in marihuane. To je del Gregorjevega življenja, kjer je zaznati več tvornosti, več aktivne participacije v lastni zgodbi:

G: Delal sem, kar sem želel. Stalno sem se zabaval. Diskoteke.

JŠ: Super življenje.

G: Super življenje, res je. Bilo je super, ampak glej, me je zjebalo. Živel sem vse, kar sem lahko. Potem pa sem doživel to... pravijo, da je to psihotična epizoda.

Če sva se prej pogovarjala o mnogih različnih temah, pa je zadnji teden pred odpustom razkril tudi neko povsem novo – kako bo živeti po odpustu. Gregorju je bilo življenje v bolnišnici tuje in pusto. Kot v mnogih naracijah o izkušnji hospitalizacije, je tudi v Gregorjevi močno prisoten občutek dolgčasa v preživljanju časa med enim in drugim obrokom. Hkrati je ravno to do neke mere strukturiralo njegov vsakdan. Čeprav je bila želja po odhodu izjemno močna, je bila hkrati pospremljena z veliko mero negotovosti – morda prav zaradi verjetnega pomanjkanja strukturiranega vsakdanjega življenja – ki je zmedo iz življenja pred in med hospitalizacijo projicirala tudi v življenje po odpustu. Smo torej v zadnjem tednu pred odpustom, ki ga označuje predvsem pluralnost zgodb o življenju zunaj bolnišnice.

Interpretativni pristop medicinske antropologije je v raziskavah odnosa med zdravnikom in pacientom poudarjal, da je učinkovitost zdravljenja med drugim odvisna tudi od tega, da zdravnik in bolnik delita pomene zdravljenja – da imata podobne razlage vzrokov bolezni in podobna ideje o primernem zdravljenju (Kleinman, 1980). S tem je skladna tudi teorija vzgodbljanja Cheryl Mattingly, vendar avtoričina analiza ne poudarja abstraktnih kulturnih pomenov, temveč poudarja vpliv pomenskih terapevtskih

izkušenj, ki ob uspešnem zdravljenju tvorijo skupno zgodbo med terapevtom in prejemnikom terapije. Slednja je torej razumljena kot proces pisanja še nenapisane zgodbe, ki v trenutku zdravljenja v prihodnost projicira možnosti okrevanja in s tem v naprej strukturira prihodnost (Mattingly, 1998: 82–3).

Naj ponazorim teorijo vzgodbljanja najprej na primeru terapevtskega srečanja med delovno terapevtko Donno in pacientom Stevenom. Steven je utrpel avtomobilsko nesrečo, kjer je utrpel močne možganske poškodbe, zaradi katerih je izgubil dar govora. Njuno srečanje se je odvijalo po tem, ko se je zbudil iz kome. V njegovo sobo pridejo štiri zdravstveni delavci, ki Stevena posedejo na voziček in opravijo hitre analize. Mattingly opaza, da ta del terapevtskega srečanja ni narativno bogat, hkrati pa je Steven obravnavan kot poškodovano telo. Ko se prične delovna terapija, so Stevenove težave vzgodbljene na drugačen način. Donna ga prosi, naj se počee. Najprej to nalogo opiše v medicinskem jeziku – kot nalogo pridobivanja ravnotežja. Donna opazi, da je Steven pri česanju izpustil nekaj mest, kamor tudi drugi ne sežejo, če leži v postelji. Ko Steven konča s česanjem, jo prosi za ogledalo. Donna ga vpraša, če se je dobro očedil za srečanje s svojo partnerko. Nato jo prosi, da si gresta ogledati bolnišnični oddelek, saj je, odkar je prišel tja, ves čas preživel v postelji. Pri »sprehodu« mu Donna razloži, kaj bo delal v vsaki sobi posebej. (Mattingly, 1998: 86–9)

Primer Stevena in Donne je zanimiv v več pogledih. Česanje las je bilo sprva vzgodbljeno v medicinskem jeziku, nato pa je preko interakcije med terapevtko in pacientom dobilo pomen skrbi zase. Zadnjo zgodbo Steven sprejme, saj prosi za ogledalo. To terapevтка nadalje vzgodbi s šalo, ko ga vpraša, če se je očedil za srečanje s partnerko. Tu v nadaljevanju Donna vzgodbi Stevenovo željo po ogledu bolnišničnega oddelka, kar izkoristi za to, da mu pokaže prostore, kjer bo potekala njegova rehabilitacija.

Poglejmo si torej, kako so nekatere interakcije med Gregorjem in njegovimi bližnjimi strukturirale njegovo negotovo prihodnost po odpustu.

4.1 Gregor in potovanje v Alentejo

Za marsikoga odpust iz bolnišnice pomeni vrnitev domov. V Gregorjevem primeru je dom zapletena kategorija. Je edinec, njegova starša pa sta ločena. Mama se ukvarja s spiritualnimi rituali, ki jih Gregor razume kot zanj potencialno destabilizirajoče, zato z njo nima veliko stika. Njegova babica živi v isti zgradbi kot njegova mama, zato se mu živeti z babico ni zdelo najbolj verjetno. Oče se je v spiritualnost poglobil po Gregorjevi hospitalizaciji. V času pred odpustom je Gregor videl največ smisla v tem, da bi šel živeti s svojim očetom, vendar je temu nasprotovala njegova močno izražena želja po potovanju. Njegova osrednja težava je bila v *pravi* izbiri med kopico možnosti, ki jih je imel na razpolago. Izbira je bila težka predvsem zato, ker jo je Gregor razumel kot enkratno dejanje: izbrati je moral zgolj enkrat in to pravilno.

Prevladujoča razlaga vzroka krize – zmeda – je implicirala prevladujočo idejo okrevanja po njej – stabilizacijo. Zmeda, ki je vodila v krizo in nato v hospitalizacijo, je po Gregorjevem mnenju nastopila predvsem zaradi njegove pasivnosti in nezmožnosti odločanja. V tej luči razumem njegovo v zadnjem tednu hospitalizacije vse bolj izraženo željo po potovanju kot željo po aktivnem delovanju. Želel je obiskati prijatelja v Alenteju, pokrajini na jugu Portugalske. S to osebo se še nista srečala, a je do nje gojil

veliko zaupanja. Prijatelj bi ga lahko spiritualno stabiliziral, umiril in okrepil. Ideja poti je bila v navzkrižju z željo njegovega očeta, da bi ostal v Coimbri. Tik pred odpustom je prevladala želja, ki jo je med drugim delil tudi oče – vikend je preživel z babico, kasneje pa se je preselil k očetu. Kljub temu je bila ideja poti stalno prisotna:

G: Moram narediti nekaj. [Iti k očetu] ni nekaj, kar se mi zdi najbolje: zdaj bi samo vzel avto in šel. Zdaj, prav zdaj.

JŠ: Šel bi. In kaj bi iskal na tej poti?

G: Nič. Zabaval bi se.

4.2 Majda in raziskovanje možnosti

V času mojega obiska 1. novembra, štiri dni pred odpustom, je prišla na obisk še Gregorjeva prijateljica Majda. V času Gregorjeve hospitalizacije je potrebovala pomoč pri selitvi. Ko ga je poklicala, je izvedela, da je hospitaliziran. Z Majdo sva se slučajno poznala že od prej, zato ni bilo večjih zadržkov in nerodnosti, ko sem se jima pridružil na sprehodu, ki ga je predlagala.

Bil je sončen in tople jesenski dan. Po kratkem sprehodu, ki je služil bolj za oddaljevanje od Gregorjevega oddelka in kreiranje našega samostojnega prostora, smo se usedli pod neko drevo v izjemno tihem parku bolnišnice. Gregor je Majdi naslonil glavo v naročje in vzdihnil: »Oj, moje življenje«. To je postala tema pogovora šele kasneje, saj je Majda predlagala, da bi plesali. S telefona je začela predvajati mirno glasbo, na katero smo bosih nog začeli plesati. Nato smo naredili nekaj jogijskih in drugih ozemljitvenih vaj.

Ko smo se usedli nazaj pod drevo, je Majda vprašala Gregorja o njegovih načrtih po odpustu iz bolnišnice. Njegova ideja o poti v Alentejo se ni srečala z Majdino zgodbo. Bila je mnenja, da bi bilo za zanj najboljše ostati v Coimbri, saj ima tam nekaj prijateljev, ki mu lahko dajo podporo. Omenila je tudi, da bo odprla nove tečaje joge, ki bi se jih lahko udeleževal (kot se jih je že v preteklosti). Tako zgodba Gregorjevega očeta kot Majdina zgodba sta močno vzgodbili njegov obstanek v Coimbri in pustili ob strani njegovo zgodbo, generirano z željo po poti.

4.3 Ciril, joga in »biti na trdnih tleh«

Cirila sem nekajkrat srečal na oddelku v Gregorjevi družbi in takoj je bilo razbrati, da je bil v času hospitalizacije Gregorju najbližje. Najverjetneje med drugim tudi zaradi podobnosti v njunih razumevanjih »psihotičnih epizod«, kar je pomenilo osamljen otok sredi biomedicinskih razlag v bolnišničnem kontekstu. Ena izmed osrednjih tem pri razlagi »psihoze« obeh so prezence, energije in duhovnost. Ciril zase pravi, da je medij in da je razsvetljen. V času hospitalizacije je Gregorju naredil nekaj terapij (ni povedal točno, kakšnih), ki jih je Gregor ocenil kot uspešne. Kot biomedicinska, je tudi duhovna razlaga psihoze družbena konstrukcija. Kot želim pokazati v nadaljevanju, je interakcija med Cirilom in Gregorjem pomemben primer vzgodbjanja kot dogodka, kjer vznikajo izkušnje, ki jih Gregor dojema kot pomenske (za razliko od biomedicinskih). S tem se analiza ne postavlja na stran bodisi ene kot druge razlage psihoze – želi pa analizirati, katera zgodba je pomenska za posameznika s psihozo.

Dan pred odpustom, 3. novembra, je v času mojega obiska Ciril prišel do naju z Gregorjem. Poleg očetove in Majdine je Cirilova še tretja zgodba, ki Gregorja veže na življenje v Coimabri. Takole se je začela:

C: Gospod me je poslal sem.

G: Kateri gospod?

C: Jezus.

G: Poslal te je?

C: Poslal.

G: Zakaj?

C: Da vama rečem nekaj stvari. Tebi, G. Prvič: naj te ne bo strah ran, ki si jih doživel. Imel si jih veliko, kajne? Naj te jih ne bo strah. Če jim boš pustil, se bodo zgolj ponavljale. Moraš se posvetiti sebi, svoji notranjosti. Delati jogo, postaviti noge na trdna tla, tega zdaj ne zmoreš. Dobro je tudi, da greš v Algarve. Zelo dobro. To bo dobra vaja, ki te bo usmerila.

G: Zdaj?

C: Zdaj ne. Najprej moraš ostati še malo v Coimabri in potem iti tja, kot ti pravi tvoj oče. On ima prav.

Opaziti je, da je Ciril edini, ki je v času hospitalizacije naslovil ključne elemente Gregorjeve naracije, kot so strahovi, prezence, pot na jug Portugalske in podobno. Poleg tega je Ciril opazil eno izmed temeljnih dimenzij Gregorjeve izkušnje pri spopadanju z negotovo prihodnostjo: dvome. Ciril je slednje vzgodbil kot netemeljno lastnost življenja, katerega bistveno pomembnejši del je iskanje ljubezni: »Polno dvomov imaš. Ne da se jih rešiti. Na svetu nismo, da odgovorimo na zakaje. Tu smo, da smo ljubezen. Da se spremenimo v ljubezen.«

Opisane medosebne zgodbe razumem kot zgodbe, ki so imele aktivno vlogo v Gregorjevem odločanju o tem, kaj naj naredi po odpustu. Mattingly kaže na pomen vzgodbljanja, kreacijo pomenskih izkušenj, za klinično prakso. V tem članku analiziran etnografski material kaže, na drugi strani, na pomen vzgodbljanja izven klinične prakse. Hkrati ima kreacija pomenskih izkušenj v analiziranem materialu mesto predvsem v verbalnih interakcijah. Z Mattingly lahko »zaključimo«, da so interakcije, ki jih je bil deležen Gregor v zadnjem tednu pred odpustom, že strukturirale njegovo prihodnost z govorom o njej.

Kot zaključek tega dela naj omenim, da nisem uspel raziskati drugih za Gregorja verjetno pomembnih medosebnih zgodb, ki jih je bil deležen, še posebej v stiku z zdravstvenimi delavci oddelka v bolnišnici. Kakorkoli, raziskave Gregorjevih relacij pred in po odpustu ne moremo zaključiti brez refleksije o najini raziskovalni relaciji.

4.4. Poskusi vzgodbljanja sodelovalnega raziskovanja

Etnografija zaradi močne prisotnosti raziskovalca na terenu ne more zadostiti zahtevam znanstvene objektivnosti. Raziskovalec je objekt analize in hkrati njen subjekt. Etnograf se pozicionira na terenu v kontinuumu med opazovanjem in udeležbo (Martins in Mendes, 2016: 17). Pričujoče besedilo zagovarja družbeno konstruktivistično pozicijo, ki nasprotuje znanstvenem realizmu in objektivizmu – družbeni fenomeni ne obstajajo v svetu sami zase, temveč so družbeno konstruirani. Temu terenu ni imun niti

etnograf, zato po Bergerju povzemamo, da je objektivnost v kontekstu terenskega dela lahko razumljena zgolj kot retorična vaja (Quartilho, 2001: 97–9). Slednje pa nikakor ne pomeni, da etnograf ne producira svojega materiala preko dosledne refleksije o svojem delu.

Vzgodbljanje ni zgolj domena sveta, ki ga raziskovalec ali raziskovalka opazujeta. Cheryl Mattingly je pokazala, kako ga delovne terapevte aktivno uporabljajo v vsakodnevnem delu. Iz njene razprave ostaja nejasno, ali je delo na razvijanju sposobnosti vzgodbljanja podprto tudi znotraj študija, ali je vzgodbljanje (ki je že samo na sebi koncept, ki ga skuje avtorica sama) rezultat spontanih vsakdanjih poskusov in strategij dela delovnih terapevtk. Sam menim, da lahko vzgodbljanje razumemo kot princip, ki ni omejen zgolj na delovno terapijo, niti zgolj na kontekst drugih terapij, temveč se razteza tudi v antropološko terensko delo (podobno razmišlja Krause, 2003: 5). V tem kontekstu v nadaljevanju razmišljam, do katere mere je bilo raziskovanje pomensko tudi za Gregorja oz. povedano drugače – do katere mere je bilo sodelovanje v raziskavi del Gregorjeve zgodbe v njegovem življenju po prvi psihiotični epizodi.

Kot sem že omenil, je zmeda osrednjega pomena pri Gregorjevi izkušnji v življenju tik pred in med hospitalizacijo. Zmeda in neodločenost sta bili močno prisotni tudi v kontekstu najinega sodelovanja pri raziskavi. Po določenem času dobrega sodelovanja so se začeli vedno bolj pojavljati Gregorjevi zadržki o sodelovanju. Najprej so se kazali pri zadržkih pri pogovoru o spiritualnosti – ključnem elementu njegove izkušnje psihoze – ki so se nadaljevali do Gregorjeve odločitve o prekinitvi sodelovanja v raziskavi.

Gregor je imel zadržke pri pogovoru o spiritualnosti, ker je menil, da govor o tej temi zahteva njeno široko poznavanje, česar pa ni imel. Govor o spiritualnosti bi tako povzročil zmedo v njemu samem (podobno kot se mu je zgodilo ob krizi pred hospitalizacijo), hkrati pa bi s tem zmedel tudi mene in mi škodoval.

G: Ne želim, da razmišljaš o tem [o spiritualnosti].

JŠ: Kako to?

G: Kaj pa vem, jaz, ko... ne želim povzročiti zmede pri drugemu. O tem vseeno govorim s tabo, vendar...

JŠ: Hvala.

G: Ne želim povzročiti zmede pri drugemu, saj bi mu s tem škodil.

Nepogovarjanje o spiritualnosti – eni izmed osrednjih tem njegove zgodbe o psihiotični krizi – razumem na dva načina. Prvič, razumem jo kot Gregorjevo strategijo ohranjanja kontrole nad situacijo (ni odveč spomniti, da je kot enega izmed razlogov za krizo in posledično hospitalizacijo navedel »preveč informacij v glavi«, ki jo je delno povzročilo tudi za njegove pojme preveč intenzivno iskanje odgovorov na vprašanja o spiritualnosti). Sam to povezuje s skrbjo zase: »[Spiritualnost] je ena možna pot. Vendar se nočem pogovarjati o tem. Oziroma... Najprej moram pomagati samemu sebi.« Drugič, v trenutku, ko sva se pogovarjala o tem, sem zadržke razumel tudi kot njegov način skrbi zame, kar sem izrazil s »hvala«.

4. novembra je bil Gregor odpuščen iz psihiatrične bolnišnice. Do takrat so bila najina srečanja dokaj logično umeščena v pusto rutino in odsotnost aktivnosti na oddelku ter so bila kot taka tudi dobrodošla (kar je večkrat izrazil s tem, da se je zahvalil za pri-

jateljstvo). Cel prvi teden po odpustu je minil z redkimi in kratkimi klici. 10. novembra je v enem izmed njih izrazil velike dvome o tem, da mi lahko pri raziskavi pomaga do konca. Omenil je, da je neki študentki že pomagal pri diplomski nalogi (o neki drugi temi), vendar se je nekaj zalomilo, zaradi česar ni uspela zaključiti diplomskega dela. Poudaril je, da si ne želi, da bi se to zgodilo tudi meni, zato je predlagal, da najdem drugo osebo za pomoč pri raziskavi. Vseeno sva se zmenila, da se dobiva v živo in se v miru pogovoriva o temi. 15. novembra sva se srečala zadnjič. Glavni razlog, ki ga je navedel za prekinitve sodelovanja v raziskavi, je bilo dejstvo, da bi v primeru sodelovanja moral načeti teme osebnega in družinskega življenja, kar pa je predvsem nekaj, kar je razumel kot stvar praktičnega reševanja in ne pogovora v raziskavi. Dodal je, da ne bi rad delil informacij o svojem »padcu«, za katerega je bil delno odgovoren tudi sam.

Njegova odločitev o prekinitvi sodelovanja v raziskavi je bila predvsem posledica občutka, da bi sodelovanje v bodoče lahko ogrozilo njegovo pot do okrevanja. Ta interpretacija vsebuje tudi implikacije za poprejšnjo razpravo o vzgodbljanju: zdi se, da so bila srečanja v okviru raziskave smiselna tako zanj kot zame. Z drugimi besedami, obema se je zdelo sodelovanje smiselno, zaradi česar sva v njem tudi vztrajala. Sam njegov odstop od raziskave razumem kot del strategij ohranjanja kontrole nad situacijo, ki se je iz zadržkov o pogovoru o spiritualnosti razširil na zadržke o sodelovanju v raziskavi – v obeh primerih razumem njegovo zavrnitev kot poskus vzpostavljanja kontrole nad situacijo, saj je doživljal zmedo.

Na raznih točkah besedila sem skušal poudariti močno povezavo med razlagalnim modelom izkušnje bolezni in strategijami okrevanja. V tem poglavju sem pokazal na praktične ovire, ki jih lahko pomeni sodelovalno raziskovanje, ko slednje interferira s posameznikovimi strategijami preživetja v skupnosti (po odpustu). Gregorjev osebni psihiater mi je v enem izmed pogovorov omenil, da vidi Gregorjev zadržek pri sodelovanju v raziskavi kot del klinične slike, kot del simptomov. Kako še lahko razumemo to informacijo?

Romme in Morris (2013) analizirata 50 zgodb uspešnega osebnega okrevanja po psihotičnih izkušnjah (pri čemer prevladuje izkušnja slisanja glasov). Izpostavita tri faze, ki so skupne vsem zbranim zgodbam. Začetno fazo označuje predvsem neobvladljiva intenzivnost psihotičnih izkušenj. Najpomembnejši dosežek osebe v tej fazi je dobiti nadzor nad lastnim doživljanjem. V naslednji, organizacijski fazi, so se posamezniki v zbranih zgodbah osredotočili predvsem na spoznavanje lastnih izkušenj. Zadnjo fazo, fazo stabilizacije, zaznamuje predvsem organiziranje vsakdanjega življenja osebe in preseganje družbene izolacije, ki jo navadno povzročijo psihotične izkušnje (glej Romme in Morris, 2013: 266–7; za razširjeno verzijo razprave skupaj z vsemi 50 zgodbami glej Romme idr., 2009). Model, ki ga predlaga to izjemno pomembno delo in ki gre z roko v roki z vse vplivnejšim gibanjem *Hearing voices*, predlaga aktivno vlogo oseb z lastno izkušnjo (t. i. prvoosebnih strokovnjakov) pri delu tako na primarnih psihotičnih simptomih (raziskovanje lastne izkušnje in povezovanje slednje z osebno življenjsko zgodbo) kot tudi na t. i. negativnih simptomih (preko vključevanja v podporne skupine ipd.) (za razpravo o tehnikah dela s psihotičnimi izkušnjami v slovenskem jeziku glej Brglez, 2016; Dekleva, 2015; in spletno stran slovenske iniciative *Slišanja glasov*: www.slisjanjglasov.si). Poudarjanje posameznikove aktivne participacije na poti do osebnega okrevanja lahko razumemo v kontekstu močno prisotnega sodobnega poudarka na krepitvi moči (angl. *empowerment*) oseb s težavami v duševnem zdravju.

V tem besedilu predstavljen primer nas opozarja na pomen posameznikovih strategij preživetja in ohranjanja nadzora nad lastnimi izkušnjami. Slednje lahko razumemo tudi kot tvorne načine posameznikovega spopadanja z izkušnjami, ki jih ideja krepitve moči lahko do neke mere zasenči. Kot opažajo tudi drugi raziskovalci, pomeni živeti »normalno« družbeno življenje tudi imeti možnost zavrnitve in namerne samote (Mezzina idr., 2006: 75). Ob poudarjanju pomena aktivne vloge pri posameznikovem osebnem okrevanju ne smemo pozabiti na pomen, ki ga imajo lahko zavrnitve in drugi mehanizmi, preko katerih lahko posameznik reče »ne« bližnjim in svetu na splošno (Mezzina idr., 2006: 71–2).

Na to je opozorila tudi antropologinja Ellen Corin z izrazom »pozitivni umik« (angl. positive withdrawal, glej Corin, 1990, 2007). S tem je želela opisati način bivanja v svetu ljudi, diagnosticiranih s shizofrenijo, ki so doživeli samo eno hospitalizacijo (torej ne-rehospitalizirani). Pomemben vidik odsotnosti ponovnih hospitalizacij je bila zmožnost ljudi, da so si zgradili osebni zaščiteni prostor na marginah »normalnega« sveta (Corin, 2007: 280). Vsakdanje življenje teh ljudi je bilo sestavljeno predvsem iz dejavnosti, s katerimi so se sicer vključevali v družbo (v center mesta, nakupovalna središča, bare), vendar na način, ki jim je dovolil dovolj veliko anonimnost; ali pa so aktivno gradili marginalne prostore v družbi (sami preživljali čas v stanovanju). To je delovalo dvojno: na eni strani jim je s tem uspevalo braniti svoj osebni prostor pred vdorom drugih vanj, na drugi strani pa jim je pomagalo, da se v svetu ne bi izgubili (Corin, 2007: 283). V tej luči lahko razumemo Gregorjev »pozitivni umik« kot tvorno strategijo življenja v skupnosti. Vzpostavlja pa se vprašanje, ali tovrstni umik lahko prispeva k okrevanju in nam hkrati nalaga zanimiv izziv refleksije o tem, kaj okrevanje sploh je.

5. Zaključek

Besedilo skuša pokazati na pluralnost konstrukcij o prvi psihotični epizodi in o okrevanju po njej. Razlagalni model se, kot pokaže besedilo, oblikuje čez čas in v interakciji z drugimi razlagami, ki so v pričujočem primeru pospremljene z institucionalnim okvirjem. Nadalje besedilo predlaga pogled na psihozo kot na idiosinkratično naracijo osebe, ki se kot taka oblikuje zaradi družbene izključenosti posameznika, ki ostane zunaj prostorov, kjer se pomeni konstruirajo in ohranjajo v dialogu. Opazil sem, da je sogovornik ostal zunaj dialoških kontekstov tudi v času hospitalizacije, saj njegovo razumevanje težav ni bilo niti slišano niti vzgodbjeno s strani osebja v bolnišnici. Subjektivna izkušnja torej ni dobila mesta v intersubjektivnem prostoru.

Lahko rečemo, da se pričujoče besedilo vpenja v raziskave socialne psihiatrije in drugih ved, ki raziskujejo družbene in kulturne vidike duševnega zdravja. Kot mnogo drugih (povzetih v McCarthy-Jones, 2012: 284–311), tudi ta raziskava vidi določene družbene vplive pri vzniku psihotičnih izkušenj. Pri tem se besedilo opira predvsem na koncepta intersubjektivnosti in dialoga. Slednja nista razumljena kot etična principa ali kot sinonima za empatično razumevanje (na probleme tovrstnega razumevanja opozarjajo mnogi; glej Fabian, 2014: 206; Jackson, 1998: 4). Vseeno se lahko vprašamo, kakšen vpliv ima (ne)vključenost v dialoške procese ustvarjanja smisla na psihozo. Če duševno zdravje dialoško razumemo v luči posameznikovega bivanja v svetu v relaciji do drugih (Bøe idr., 2014), potem lahko nevklučenost v dialog razumemo kot močan dejavnik, ki vpliva na psihozo in posledično kot izjemno pomemben vidik okrevanja po njej.

Besedilo se ne želi postavljati na stran niti biomedicinskih niti duhovnih ali drugih razlag psihotičnih izkušenj. Pričujoča raziskava privilegira subjektivno izkušnjo in preko narativnih teorij analizira, do katere mere je slednja vzgodbljena v posameznikovem intersubjektivnem prostoru. Besedilo torej problematizira odsotnost dialoške konstrukcije psihotičnih izkušenj in v kontekstu psihiatrične oskrbe analizira prevlado za posameznika tujih razlagalnih modelov. Kot vse vplivnejša mednarodna literatura, tudi ta raziskava poudarja vlogo kreacije pomenskih izkušenj v procesu okrevanja.

Opombe

¹ *Kot psihotične razumem izkušnje, kot so blodnje, halucinacije, neorganiziranost govora, katatoničnost in podobno (kot za najbolj pogosto motnjo psihotičnega spektra, shizofrenijo, piše diagnostični in statistični priročnik ameriške psihiatrične organizacije, glej APA, 2013: 99).*

² *Poleg omenjenega metodološkega pristopa se »etnografija« nanaša tudi na način izražanja izkušenj s terena (preko pisanja, etnografije, etnografskih filmov ipd., glej Salgado, 2015). Izraz etnografija v tem članku uporabljam v obeh pomenih.*

³ *T. i. psihotične izkušnje so v antropologiji nadalje obravnavane v kontekstih obsedenosti z duhovi, prikazovanja Marije, šamanizma, glosolalije ipd., a to mesto ni primerno za nadaljnjo razpravo o tem.*

⁴ *Zaradi pomanjkanja literature v slovenščini o okrevanju v duševnem zdravju sem besedo »recovery« prosto prevajal kot »okrevanje«. Tudi boljši prevod ne bi odpravil dvomov, ki jih poraja že izvirni izraz. Že obstoječi alternativni izrazi – živeti z (angl. living with), premagati (angl. overcome) glasove (Romme idr., 2009) – izhajajo iz premisleka o tem, ali je cilj okrevanja zgolj doseganje stanja pred epizodo ali še kaj več.*

⁵ *Podobno zgodbe razumejo narativne analize okrevanja po psihozi. Sprememba pripovedi o posameznikovih psihotičnih izkušnjah je lahko razumljena kot znak okrevanja in kot orodje pri nudenju podpore za okrevanje (Roe and Lysaker, 2012: 10–2). Mnogo raziskav (Ridgway, 2001: 337–40; Jacobson, 2001: 253–4; Leamy idr., 2011) analizira osebne zgodbe posameznikov/ic, a hkrati prepoznava pomen podpore drugih ljudi.*

⁶ *Izmenično uporabljam izraza »sogovornik« in »sodelavec v raziskavi« in se izogibam zgodovinsko preseženemu izrazu »informator«. Medtem ko slednji izraža relativno pasivnost osebe in njeno redukcijo na goli vir informacij, prva dva izraza poudarjata posameznikovo aktivno participacijo in poskus doseganja enakovrednosti v raziskovalnem odnosu (več o tem Muršič, 2011: 84). Vprašanje je, do katere faze raziskovanja seže sogovornikovo sodelovanje – v pričujočem primeru je bil Gregor vključen zgolj v del etnografskega raziskovanja, medtem ko sem članek napisal sam. Zaradi kasnejše prekinitev stikov Gregor ni sodeloval niti pri pregledu članka pred oddajo za objavo. Mislim, da besedilo dovolj varuje osebne podatke in da je medosebno zaupanje, izkazano v času sodelovanja, dovolj za etično objavo besedila.*

Literatura

- APA - American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC, London: American Psychiatric Association (peta izdaja).
- Barrett, R. (1996). *The Psychiatric Team and the Social Definition of Schizophrenia. An Anthropological Study of Person and Illness*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Biehl, J. G. (2005). *Vita: life in a zone of social abandonment*. Berkeley: University of California Press.
- Biehl, J. G., Good B. J. in Kleinman, A. (2007). Introduction: Rethinking Subjectivity. V: J. G. Biehl, B. J. Good in A. Kleinman (ur.), *Subjectivity: Ethnographic Investigations*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press: 1-24.
- Bøe, T. D., Kristoffersen, K., Lidbom, P. A., Lindvig, G. R., Seikkula, J., Ulland, D. in Zachariassen, K. (2014). '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(4): 474-484.
- Brglez, L. (2016). *Svet, ki se sliši*. Ljubljana: Oddelek za socialno pedagogiko, Pedagoška fakulteta, Univerza v Ljubljani (magistrsko delo).
- Brodwin, P. (2013). *Everyday Ethics: Voices from the Front Line of Community Psychiatry*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press.
- Corin, E. (1990). Facts and meaning in psychiatry. An anthropological approach to the lifeworld of schizophrenics. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 14(2): 153-188.
- Corin, E. (2007). The »Other« of Culture in Psychosis: The Ex-Centricity of the Subject. V J. Biehl, B. Good in A. Kleinman (ur.), *Subjectivity: Ethnographic Investigation*. Berkeley, Los Angeles in London: University of California Press: 273-314.
- Corin, E., Rangaswami, T. in Padmavati, R. (2004). Living Through a Staggering World: The Play of Signifiers in Early Psychosis in South India. V J. H. Jenkins in R. J. Barrett (ur.), *Schizophrenia, Culture, and Subjectivity: The Edge of Experience*. Cambridge: Cambridge University Press: 110-145.
- Dekleva, B. (2015). Pojavnost slišanja glasov in odnos slišalcev do njih. *Slovenska revija za psihoterapijo Kairos*, 9(4): 43-67.
- Desjarlais, R. R. (1997). *Shelter Blues. Sanity and Selfhood Among the Homeless*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Estroff, S. E. (1981). *Making it Crazy. An Ethnography of Psychiatric Clients in an American Community*. Berkeley, Los Angeles in London: University of California Press.
- Fabian, J. (2014). Ethnography and Intersubjectivity: Loose ends. *Hau: Journal of Ethnographic Theory*, 4 (1): 199-209.
- Good, B. J. (1994). *Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hatala, A. R. in Waldram J. B. (2017). Diagnostic Emplotment in Q'eqchi' Maya Medicine. *Medical Anthropology*, 36(3): 273-286.
- Holma, J. in Aaltonen, J. (1997). The Sense of Agency and the Search for a Narrative in Acute Psychosis. *Contemporary Family Therapy*, 19(4): 463-477.
- Holma, J. in Aaltonen, J. (1998). Narrative understanding in acute psychosis. *Contemporary Family Therapy*, 20(3): 253-263.
- Hopper, J. (2004). Interrogating the Meaning of »Culture« in the WHO International

- Studies of Schizophrenia.' V J. H. Jenkins in R. J. Barrett (ur.), *Schizophrenia, Culture, and Subjectivity: The Edge of Experience* Cambridge: Cambridge University Press: 62–86.
- Jackson, M. (1998). *Minima Ethnographica: Inversubjectivity and the Anthropological Project*. Chicago in London: The University of Chicago Press.
- Jacobson, N. (2001). Experiencing recovery: a dimensional analysis of recovery narratives. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(3): 248–256.
- Jenkins, J. H. (2004). Schizophrenia as a Paradigm Case for Understanding Fundamental Human Processes. V J. H. Jenkins in R. J. Barrett (ur.), *Schizophrenia, Culture, and Subjectivity: The Edge of Experience* Cambridge: Cambridge University Press: 29–61.
- Jenkins, J. H. in Carpenter-Song, E. (2005). The new paradigm of recovery from schizophrenia: cultural conundrums of improvement without cure. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 29: 379–413.
- Jenkins, J. H. in Barrett, R. J. (ur.) (2004). *Schizophrenia, Culture, and Subjectivity. The Edge of Experience*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkley, Los Angeles in London: University of California Press.
- Kleinman, A. in Kleinman, J. (1991). Suffering and its professional transformation: toward an ethnography of interpersonal experience. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 15(3): 275–301.
- Kleinman, A., Eisenberg, L. in Good, B. (1978). Culture, Illness, and Care: Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research. *Annals of Internal Medicine*, 88: 251–258.
- Krause, I. B. (2003). Learning how to ask in ethnography and psychotherapy. *Anthropology & Medicine*, 10(1): 3–21.
- Larsen, J. A. (2002). *Experiences with early intervention in schizophrenia: An ethnographic study of assertive community treatment in Denmark*. The University of Sheffield, Department of Sociological Studies (doktorska disertacija).
- Larsen, J. A. (2007). Symbolic Healing of Early Psychosis: Psychoeducation and Sociocultural Processes of Recovery. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 31: 283–306.
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J. in Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199: 445–452.
- Lipovec Čebon, U. (2008). *Krožere zdravja in bolezni: Tradicionalne in komplementarne medicine v Istri*. Ljubljana: Filozofska fakulteta, Oddelek za etnologijo in kulturno antropologijo.
- Luhrmann, T. M. (2002). *Of Two Minds. An Anthropologist Looks at American Psychiatry*. New York: Vintage Books.
- Luhrmann, T. M. (2008) »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): 15–20.
- Luhrmann, T. M. in Marrow, J. (ur.) (2016). Our Most Troubling Madness. Case Studies in Schizophrenia Across Cultures. Oakland: University of California Press.
- Martins, H. in Mendes, P. (2016). Introdução. V H. Martins in P. Mendes, *Trabalho de Campo: Envolvimento e Experiências em Antropologia* Lisboa: ICS: 1–24.
- Mattingly, C. (1998). *Healing dramas and clinical plots: The narrative structure of experience*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Mezzina, R., Davidson, L., Borg, M., Marin, I., Topor, A. in Sells, D. (2006). The Social Nature of Recovery: Discussion and Implications for Practice. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 9(1): 63–80.
- Myers, N. L. (2010). Culture, Stress and Recovery from Schizophrenia: Lessons from the Field for Global Mental Health. *Culture, Medicine, Psychiatry*, 34(3): 500–528.
- Myers, N. L. (2015). *Recovery's Edge. An Ethnography of Mental Health Care and Moral Agency*. Nashville: Vanderbilt University Press.
- Muršič, R. (2011) *Metodologija preučevanja načinov življenja: Temelji raziskovalnega dela v etnologiji ter socialni in kulturni antropologiji*. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete.
- Quartilho, M. J. R. (2001). *Cultura, Medicina e Psiquiatria*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Ridgway, P. (2001). Restorying psychiatric disability: learning from first person recovery narratives. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(4): 335–343.
- Roe, D., in Lysaker, P. H. (2012). The importance of personal narratives in recovery from psychosis. V J. Geekie, P. Randal, D. Lampshire in J. Read (ur.), *Experiencing Psychosis. Personal and professional perspectives*. London in New York: Routledge: 5–14.
- Roe, D. in Davidson, L. (2005). Self and narrative in schizophrenia: time to author a new story. *Medical Humanities*, 31: 89–94.
- Romme, M. in Morris, M. (2013). The recovery process with hearing voices: accepting as well as exploring their emotional background through a supported process. *Psychosis*, 5(3): 259–269.
- Romme, M., Escher, S., Dillon, J., Corstens, D. in Morris, M. (ur.) (2009). *Living with voices: 50 stories of recovery*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Salgado, R. S. (2015). Performance da Etnografia como Método da Antropologia. *Antropológicas*, 13: 27–38.
- Saris, A. J. (1994). Telling Stories: Life Histories, Illness Narratives, and Institutional Landscape. *Culture, Medicine, and Psychiatry* 18: 115–133.
- Scheper-Hughes, N. (2001). *Saints, Scholars, and Schizophrenics. Mental Illness in Rural Ireland*. Berkeley, Los Angeles in London: University of California Press.
- Schön, U.-K., Denhov, A., in Topor, A. (2009). Social relationships as a decisive factor in recovering from severe mental illness. *International Journal of Social Psychiatry*, 55(4): 336–347.
- Slade, M., in Longden, E. (2015). Empirical evidence about recovery and mental health. *BMC Psychiatry*, 15, 285.
- Škraban (v tisku). Raziskovalec znamenj: Antropološki pogled na izkušnje znamenj, glasov in videnj. *Glasnik Slovenskega etnološkega društva* 57 (1–2).
- Tew, J., Ramon, S., Slade, M., Bird, V., Melton, J. in Le Boutillier, C. (2011). Social Factors and Recovery from Mental Health Difficulties: A Review of the Evidence. *British Journal of Social Work*, 42 (3): 443–460.
- Topor, A., Borg, M., Mezzina, R., Sells, D., Marin, I. in Davidson, L. (2006). Others: The Role of Family, Friends, and Professionals in the Recovery Process. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 9: 17–37.
- Young, A. (1981). When Rational Men Fall Sick: An Inquiry into Some Assumptions Made by Medical Anthropologists. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 5: 317–335.