

# Prekinuta mladost: antropološka interpretacija narativa iskustva mentalne bolesti

---

**Kaloper, Josip**

**Master's thesis / Diplomski rad**

**2016**

*Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj:* **University of Zadar / Sveučilište u Zadru**

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:162:915883>

*Rights / Prava:* [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

*Download date / Datum preuzimanja:* **2024-11-20**



**Sveučilište u Zadru**  
Universitas Studiorum  
Jadertina | 1396 | 2002 |

*Repository / Repozitorij:*

[University of Zadar Institutional Repository](#)



Sveučilište u Zadru

Odjel za etnologiju i antropologiju

Diplomski sveučilišni studij etnologije i antropologije (dvopredmetni)

**Josip Kaloper**

**Prekinuta mladost: antropološka interpretacija  
narativa iskustva mentalne bolesti**

**Diplomski rad**

Zadar, 2016.

Sveučilište u Zadru

Odjel za etnologiju i antropologiju

Diplomski sveučilišni studij etnologije i antropologije (dvopredmetni)

Prekinuta mladost: antropološka interpretacija narativa iskustva mentalne bolesti

Diplomski rad

Student/ica:

Josip Kaloper

Mentor/ica:

Doc. dr. sc. Snježana Zorić

Zadar, 2016.



## Izjava o akademskoj čestitosti

Ja, **Josip Kaloper**, ovime izjavljujem da je moj **diplomski** rad pod naslovom **Prekinuta mladost: antropološka interpretacija narativa iskustva mentalne bolesti** rezultat mojega vlastitog rada, da se temelji na mojim istraživanjima te da se oslanja na izvore i radove navedene u bilješkama i popisu literature. Ni jedan dio mojega rada nije napisan na nedopušten način, odnosno nije prepisan iz necitiranih radova i ne krši bilo čija autorska prava.

Izjavljujem da ni jedan dio ovoga rada nije iskorišten u kojem drugom radu pri bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj, obrazovnoj ili inoj ustanovi.

Sadržaj mojega rada u potpunosti odgovara sadržaju obranjenoga i nakon obrane uređenoga rada.

Zadar, 25. srpanj 2016.

## SADRŽAJ

1. UVOD	1
2. NARATIVNI PRISTUP ISKUSTVU BOLESTI	3
2.1. Iskustvo i ekspresija kao predmet antropološke interpretacije	3
2.2. Iskustvo bolesti	5
2.3. Narativi bolesti	6
2.4. Antropologija i književnost	8
2.5. Etnografski roman	10
3. PREKINUTA MLADOST: ANTROPOLOŠKA INTERPRETACIJA NARATIVA ISKUSTVA MENTALNE BOLESTI	12
3.1. Subverzivni komentar kulturnih teorija o ženskom odrastanju	13
3.2. Topografija mladosti prekinute mentalnim poremećajem	15
3.3. Narativ bolesti kao priča o potrazi	22
3.4. Psihijatrijska bolnica kao paralelni svijet	25
3.5. Kritika neurobiološkog redukcionizma suvremene psihijatrije	28
4. ZAKLJUČAK	33
5. LITERATURA	35

## Prekinuta mladost: antropološka interpretacija narativa iskustva mentalne bolesti

### Sažetak:

Glavna tema ovog rada je način na koji se iskustvo mentalne bolesti narativno oblikuje kroz književnu formu memoara. Iskustvo bolesti je jedan od centralnih koncepata u medicinskoj antropologiji i kroz njega dobivamo uvid u društvene, kulturne, simboličke i osobne aspekte zdravlja i bolesti kao univerzalnih ljudskih pojmova. U tom smislu, mentalni poremećaji predstavljaju posebno problematično područje s obzirom da, primjerice, samo razlikovanje između mentalnog i fizičkog zdravlja ili bolesti nije prisutno u svim kulturama. Premda je zapadnjačka medicina razvila vrlo razrađen i racionalizirani sistem kategorizacije mentalnih poremećaja, oni ostaju ispunjeni kulturnim značenjima i društvenim normama koje se očituju u dijagnostičkim kriterijima, društvenoj percepciji bolesnika i procesu stvaranja smisla od strane samog pacijenta. Dinamičan i često konfliktan odnos između mentalnog poremećaja kao življenog iskustva i kao psihijatrijskog koncepta vezanog uz biomedicinski model ljudskog tijela i uma može se jasno uočiti u knjizi *Prekinuta mladost* u kojoj autorica Susanne Kaysen govori o svom iskustvu psihijatrijske hospitalizacije i liječenja graničnog poremećaja ličnosti. Ovom književnom djelu pristupamo koristeći teorijski okvir antropologije iskustva te narativni pristup iskustvu bolesti, a to nas također vodi i do propitivanja odnosa između antropologije i književnosti, odnosno između etnografa/kinja i spisatelja/ica. Rad želi ukazati na značaj narativne estetizacije i reprezentacije jedne problematične domene ljudskog iskustva koju predstavlja mentalna bolest, stoga se moja interpretacija fokusira na teme, metafore, motive i likove koje autorica koristi kako bi smisljeno oblikovala svoje traumatično iskustvo i suprotstavila se dominantnim tumačenjima ženske normalnosti i mentalnog zdravlja.

Ključne riječi: medicinska antropologija, iskustvo mentalne bolesti, narativ iskustva bolesti, antropologija i književnost.

## Girl, Interrupted: anthropological interpretation of mental illness narrative

### Summary:

The main theme of this paper is the way in which the experience of mental illness is shaped inside a literary form of a memoir. Illness experience is one of medical anthropology's central concepts and is used to gain insight into social, cultural, symbolic and personal aspects of health and illness as universal human notions. In this respect, mental disorders represent an especially problematic area given the fact that, for instance, the very distinction between mental and physical health or illness does not appear across all cultures. Although the Western medicine has developed a highly elaborated and rationalized system of classification of mental illnesses, they remain filled with cultural meaning and social norms reflected in diagnostic criteria, social perception of the patient and the patient's own process of creating meaning. This dynamic and often conflicting relationship between mental disorder as a lived experience and as a psychiatric concept (tied to the biomedical model of human body and mind) becomes evident in Susanne Kaysen's book *Girl, Interrupted* where she speaks about her experiences of psychiatric hospitalization and the treatment of her borderline personality disorder. We approach this work of literature by combining the theoretic framework of anthropology of experience with the narrative approach to illness experience. This also leads us to question the relationship between anthropology and literature, that is, between ethnographers and literary authors. This paper points to the significance of narrative estetization and representation of a problematic field of human experience that is mental illness. Therefore, the interpretation will be focused on themes, metaphors, motives and characters used by the author in order to meaningfully shape her traumatic experience and counter dominant interpretations of female normality and mental health.

Keywords: medical anthropology, mental illness experience, illness narrative, anthropology and literature.

## 1. UVOD

U ovom radu bavim se antropološkom interpretacijom iskustva mentalne bolesti, pri čemu kao primarni izvor koristim memoare Susanne Kaysen, odnosno njenu knjigu *Prekinuta mladost* u kojoj opisuje period kada je bila hospitalizirana u psihijatrijskoj bolnici McLean te liječena nakon dijagnoze graničnog poremećaja ličnosti. Istraživački fokus rada je usmjeren na odnos između 1) mentalnog poremećaja kao psihijatrijske kategorije kojom se definira i klasificira određeni oblik ponašanja i razmišljanja kao mentalno oboljenje te ga se smješta unutar biomedicinskog modela bolesti kao apstraktnog entiteta i 2) mentalnog poremećaja kao življenog iskustva pacijenata/ica. Ova interpretacija služi uspostavljanju jedne vrste dijaloga između dvije prethodne interpretacije mentalne bolesti i graničnog poremećaja ličnosti: 1) racionalizirajućeg narativa izraženog kroz teorijski jezik biomedicine/psihijatrije i 2) narativa oblikovanog od strane autorice kao aktivnog, svjesnog subjekta u procesu stvaranja smisla o vlastitom iskustvu. Drugim riječima, ovaj rad pregovara između dva oblika diskursa te se kreće u prostor iza iskaza i (implicitnih) tvrdnji prisutnih u njima, naglašavajući pritom kulturne konstrukcije i teorije koje proizlaze iz konteksta unutar kojeg se pojavljuju.

Ovakvim pristupom jednom psihijatrijskom konceptu kroz kulturološko čitanje književne, narativne ekspresije, antropologija doprinosi dubljem razumijevanju graničnog poremećaja ličnosti, fenomena čiji društveno i simbolički aspekti nadilaze okvire biomedicinskog redukcionizma mentalne bolesti kao neurobiološkog fenomena. Također, radi se i o izvlačenju jednog takvog iskustva iz autoritativnog, generalizirajućeg, profesionalnog medicinskog diskursa te njegovom povezivanju s društvenom, ljudskom stranom oboljenja u kojoj možemo iščitati način na koji specifični kulturološki i osobni faktori oblikuju nastanak, dijagnozu, razvoj i eventualni oporavak od mentalne bolesti.

Predmet rada spada u područje medicinske antropologije te se služim analitičkim razdvajanjem koncepta bolesti kojeg nudi tradicija te poddiscipline. Pritom mislim na razliku između 1) iskustva bolesti koje uključuje i osobnu i socio-kulturnu dimenziju



(*illness*) i 2) bolesti kao biomedicinskog konstrukta (*disease*) (Young, 1982). Ovaj rad će naglasak staviti na proces prijevoda i pregovora između ove dvije dimenzije mentalne bolesti te ponuditi neka antropološka shvaćanja reprezentacije tog procesa unutar književnog teksta.

Odabir Kayseninih memoara temelji se na njihovom utjecaju na reprezentaciju graničnog poremećaja ličnosti kao elementa popularne kulture američkog društva (čemu je bitno doprinijela njegova kasnija hollywoodska ekranizacija). Njezino književno djelo sagledavam kao kulturni dokument koji je imao velik utjecaj na kolektivno shvaćanje graničnog poremećaja ličnosti, života u psihijatrijskoj ustanovi te na solidarizaciju i poistovjećivanje mnoštva djevojaka sa sličnim adolescentskim iskustvima. Također, smatram da se snaga i značaj Kayseninih memoara, između ostalog, temelji na propitivanju medicinskih i kulturnih kategorija od strane same autorice.

Služeći se pristupom antropologije iskustva, Kaysenine memoare interpretiramo kao ekspresiju iskustva. Njezin tekst predstavlja kulturni artefakt koji omogućuje nadilaženje ograničenja individualnog životnog iskustva. Kroz narativ, iskustvo postaje uokvireni isječak života - intersubjektivna artikulacija koja ima svoj početak i kraj. Nadalje, ekspresija se ne shvaća kao statični i izolirani tekst već kao aktivnost smještena unutar određenog kulturnog i povijesnog konteksta.

Jedan od glavnih ciljeva ovog rada jest ukazati na subverzivni potencijal jednog književnog narativa koji svjedoči o iskustvu mentalne bolesti. Dok autorica taj potencijal realizira kroz narativnu autorizaciju vlastitog iskustva te uz pomoć književnih postupaka i figura poput satire, metafore i ironije, antropološki ga pristup razrađuje tako što ukazuje na društveni i kulturni kontekst unutar kojeg se iskustvo i njegove ekspresije oblikuju. Također, ovim se radom želi naglasiti relevantnost koncepta mentalnog zdravlja i bolesti u antropologiji te ukazati na potencijal primjene pristupa interpretativne antropologije, antropologije iskustva i antropologije književnosti na klasične teme medicinske antropologije.

Teorijska i metodološka polazišta biti će izložena u početnim poglavljima u kojima će biti riječi o antropologiji iskustva, antropološkom poimanju bolesti kao iskustva (napram biomedicinskog poimanja bolesti kao entiteta i isključivo organskog fenomena), narativnom pristupu iskustvu bolesti i odnosu između antropologije i književnog teksta.

Kao uvod u raspravu će poslužiti jedna prethodna interpretacija Kayseninih memoara utemeljena na autoričnoj kritici dominantnih pedagogija o ženskoj adolescenciji. Nakon toga će taj okvir biti proširen interpretacijama u kojima dijelove Kayseninog narativa povezujem s idejama različitih autora koji se bave socio-kulturnim dimenzijama bolesti i mentalnih poremećaja poput kulturnih koncepcija normalnosti i abnormalnosti, rodnih nejednakosti, pitanja krivnje, odgovornosti i kauzaliteta bolesti, društvenih očekivanja, marginalizacije i stigmatizacije pacijenata te neurobiološkog redukcionizma suvremene psihijatrije

## **2. NARATIVNI PRISTUP ISKUSTVU BOLESTI**

Posljednja četvrtina 20. stoljeća obilježena je skretanjem od objektiviziranih opisa tijela u bolesti prema subjektivnim, dubinskim tumačenjima tijela kao življenog. U skladu s tim, *iskustvo bolesti* postalo je jedno od centralnih tema u medicinskoj antropologiji. Ova promjena u načinu sagledavanja zdravlja dio je šireg *interpretativnog zaokreta* unutar društvenih znanosti koji je stavio naglasak na iskustva različite vrste (Becker, 2004). Ali, kako je moguće razbiti ograničenja pojedinačnog iskustva i doći do adekvatnih antropoloških interpretacija nečeg naizgled ograničenog na subjektivnu sferu svijesti, emocija i misli?

### **2.1. Iskustvo i ekspresija kao predmet antropološke interpretacije**

Odgovor na ovo pitanje nudi Bruner (1986) i to kada govori o temeljnim postavkama *antropologije iskustva*. On se uvelike oslanja na Diltheya koji je domenu iskustva želio nadići uz pomoć interpretacije *ekspresija* (reprezentacija, performansa, objektivizacija, tekstova, itd.) tog iskustva. Za razliku od iskustva kao nečeg neposredno i pasivno doživljenog od strane svijesti, ovdje se radi o *strukturi iskustva* – intersubjektivnoj artikulaciji iskustva koja ima svoj početak i kraj i koja ga transformira u ekspresiju. Bruner stoga naglašava ključnu podjelu između stvarnosti (onoga što je doista tamo), iskustva

(načina na koji se ta stvarnost pojavljuje u pojedinačnoj svijesti) i ekspresija (načina na koji pojedinačno iskustvo biva uokvireno i artikulirano). Ekspresija za Brunera nikada nije izolirani i statični tekst već procesualna aktivnost ukorijenjena u društvenu situaciju, sa stvarnim osobama smještenim unutar specifične kulture i određenog povijesnog perioda. Prema tome, strukturirane jedinice iskustva su društveno konstruirane jedinice značenja koje stvaramo, "režemo", uređujemo iz životnog kontinuiteta (jer same po sebi nemaju ni pravi početak ni pravi završetak), što podrazumijeva arbitrarno nametanja smisla toku sjećanja i događanja. Stoga je, kako Bruner zaključuje, svako pripovijedanje interpretativno.

Prednost ovog pristupa unutar antropologije leži u tome što su ključne jedinice analize uspostavljene od strane ljudi koje proučavamo, a ne od strane antropologa kao izvanjskog, stranog promatrača. Ekspresije su artikulacije, formulacije i reprezentacije ljudi o njihovim vlastitim iskustvima. Možemo reći da antropologija iskustva vidi ljude koje proučava kao aktivne agente u historijskom procesu koji konstruiraju vlastiti svijet. Međutim, interpretativni proces uvijek djeluje na dvije razine: oni koje proučavamo interpretiraju svoja vlastita iskustva kroz razne oblike ekspresije, a mi, zauzvrat, kroz istraživačko-teorijski rad interpretiramo te ekspresije u svrhu njihove prezentacije antropološkoj zajednici. Produkti našeg rada su priče o njihovim pričama - mi interpretiramo sudionike svijeta života uzimajući u obzir da oni istovremenu interpretiraju sami sebe (Bruner, 1986).

Proces interpretacije, jasno, uključuje izdvajanje određenih dijelova iskustva na temelju njihove znanstvene, moralne, estetske ili neke druge vrijednosti. Stoga Turner (1986), inspiriran Deweyevim idejama o odnosu između iskustva i estetskih formi, skreće pozornost na značajna iskustva – događaje, emocije ili ponašanja koja iskaču iz rutiniziranog, očekivanog i repetativnog toka. Prema Deweyu, ritam gubitka integracije i povratka jedinstva jest osnovni uvjet i materijal iz kojeg čovjek stvara svrhe i smisao. Želja za ponovnom uspostavom jedinstva i harmonije pretvara puku turbulentnu emociju koju prekid izaziva u pokretnu silu i interes za objekte kao uvjete realizacije te želje. Zajedno s realizacijom, materijal refleksije biva inkorporiran u objekte kao njihovo značenje. Dakle, upravo zbog toga što je stvarni svijet sastavljen od pokreta i kulminacije, od lomova i tenzija, iskustvo života omogućuje estetsku kvalitetu. Čovjek uvijek nanovo gubi i ponovno

uspostavlja ekvilibrij sa svojim okruženjem. Trenutak prijelaza iz uznemirenosti u harmoniju za Deweya je trenutak najintenzivnijeg življenja (Dewey prema Turner, 1986).

Turner (1986) stoga naglašava ljudsku potrebu da pronademo značenje u onome što nas zbunjuje i uznemiruje (bilo to užitak ili bol) te pretvorimo puko iskustvo u nešto značajno. No, proces tu ne završava već nas to iskustvo nagoni prema ekspresiji i komunikaciji s drugima jer, kao društvena bića, želimo izreći ono što smo naučili iz iskustva. Umjetnosti ovise o ovom nagonu za isповijedanjem ili recitiranjem. "Teško zarađena" značenja trebaju biti izgovorena, oslikana, otplesana, dramatizirana - stavljena u opticaj (Dilthey prema Turner, 1986). Ono što zanima antropologa su sredstva, forme, načini na koje se ostvarena značenja izražavaju, prenose i distribuiraju kroz govor, slike, plesove, tekstove, dramatizacije, nadilazeći time partikularnosti pukog, individualnog doživljaja. Način na koji antropolog uređuje takve "zapise" (ekspresije, reprezentacije, simbole...) iskustva jest da ih povezuje sa životom, s kontekstom koji ih okružuje. Vrijedi naglasiti kako za nas nije značajno samo ono što se uklapa u nekakav model (kulturne forme, sisteme vjerovanja i vrijednost, društvene strukture, institucije) već i ono što im se suprotstavlja, što se ne podudara (Geertz, 1986).

## **2.2. Iskustvo bolesti**

Na području medicinske antropologije, ova težnja ka stavljanju kategorije iskustva u središte interesa izražena je u analitičkom razdvajanju koncepta bolesti. Radi se o razlici koja se puno lakše izražava na engleskom govornom području. S jedne strane imamo *disease* – liječnikovu konstrukciju pacijentovih poteškoća izraženu u tehničkoj terminologiji biomedicinskog sustava liječenja koji obuhvaća razna patološka stanja te abnormalnosti u strukturi i/ili funkciji organa. S druge strane imamo *illness* – kategoriju blisku iskustvu koja omogućava prostor za uvid u kulturno obojene društvene i osobne dimenzije bolesti koje su obično isključene iz tehnički ograničenog diskursa. Ta kategorija se odnosi na osobno iskustvo i percepciju određenih stanja što uključuje i *disease*, ali se ne ograničuje na njega (Young, 1982) (Kleinman & Seeman, 2000).

Značaj konceptualnog razgraničenja pojmova *illness* i *disease* za medicinsku antropologiju Kleinman i Seeman (2000) vide u adresiranju *redukcionizma suvremene biomedicine* koji korijene bolesti ne smješta unutar društvenog konteksta ili kontingencije života određenih pojedinaca već unutar staničnih i molekularnih procesa koji su podložni sve razvijenijoj tehnološkoj manipulaciji. Autori smatraju da proučavanje iskustva bolesti može pomoći u nadilaženju ograničenja ove redukcionističke tradicije koja se najviše očituju u sljedećim točkama:

- generiranje medicinskog znanja u kojemu se zanemaruju društveni aspekti podrijetla i širenja bolesti, kao i pitanja o sredstvima potrebnim za medicinsku brigu;
- zanemarivanje destruktivnog i moralno značajnog utjecaja bolesti na životni svijet pacijenta što rezultira dehumanizacijom medicinske brige negirajući time samu srž medicine kao poziva i profesije;
- zanemarivanje utjecaja načina na koji je bolest ugrađena u pojedinačne lokalne sisteme značenja kroz razdvajanje procesa liječenja od kulturne i moralne stvarnosti.

Naspram svakodnevnog, zdravorazumskog shvaćanja iskustva kao svojstva individualne subjektivnosti, autori ga vide kao intersubjektivni proces - rezultat interakcije kulturnih kategorija i društvene strukture s psihofizičkim procesima. Iskustvo bolesti tako postaje „mjesto umotavanja društvenog svijeta u tijelo kroz kompleksnu interakciju s kontingencijom pojedinačnih života“ (Kleinman i Seeman, 2000: 235).

### **2.3. Narativi bolesti**

Odgovarajući na metodološki problem povezivanja etnografije s iskustvom bolesti, Kleinman i Seeman (2000) se okreću ka modelu *narativa bolesti*, konceptu razvijenom od strane medicinskih antropologa. Za razliku od *eksplanatornih modela* koji se odnose na strukturirani set pitanja koji apstrahira iz života pacijenta, prednost narativa je u tome što uzima u obzir širi kontekst iskustva bolesti i njenog utjecaja: međuljudske odnose, nade,

strahove, osobne povijesti, kulturnu tradiciju – sve ono što kazivač smatra vrijednim i što smatra da dolazi u pitanje. Time narativni pristup iskustvu bolesti može pomoći kako bi izbjegli dehumanizaciju pacijenata koja proizlazi iz tretiranja onih koji pate kao da nemaju ništa važno za reći o vlastitom stanju.

Narativni pristup u medicinskoj antropologiji proučava bolest kao fenomen smješten unutar biografije pojedinca ili života zajednice. S obzirom na to da narativi bolesti obično (implicitno ili eksplicitno) sadrže moralna pitanja i poruke, oni često nadilaze ili se suprotstavljaju racionaliziranim biomedicinskim konvencijama. Istraživač pritom teži uočiti i "čuti" kulturne konvencije koje se koriste kao metafore nečijeg života ili bolesti (Kleinman & Seeman, 2000). Teme koje se pojavljuju u ovim pričama su jednako važne, a Becker (1997) ih vidi kao kulturne resurse pomoću kojih ljudi stvaraju smisao o svom iskustvu te smatra da u njima možemo prepoznati odraze širih socio-kulturnih konfiguracija. Premda u mnogim kulturama narativ nije primaran oblik smislenog izražavanja iskustva bolesti, Becker smatra da on igra glavnu ulogu u američkom društvu.

Bolest kao oblik iskustva karakterizira diskontinuitet u uobičajenom toku života što se očituje u zajedničkom zapletu kojeg dijele mnoge priče o bolesti: poremećaj ili prekid u ljudskom životu nakon čega slijede pokušaji vraćanja stvari u normalu (Becker, 1997). Prema Franku (1995), ovi prekidi se očituju kao prekidi memorije, pri čemu misli na koherentnu sliku pojedinačnih sekvenci životnog puta, odnosno na cjelinu koju tvore prošlost, sadašnjost i budućnost. Premda se "prava" narativna koherentnost nikada (bez obzira na zdravstveno stanje) ne pojavljuje kao produkt već kao tekući projekt, *iskustvo bolesti intenzivira borbu za koherencijom* jer se sekvence razdvajaju na upadljiv i stresan način. Memorija poremećena ovim prekidima postaje moralni problem i odgovornost za subjekt (Frank, 1995). Stoga narativ iskustva bolesti pojedincima služi kako bi se sjećanje ponovno uspostavilo i restrukturiralo u koherentnom obliku. Također, imaginativni proces fabularizacije iskustva ljudima koji su suočeni s bolešću služi kao sredstvo intersubjektivnog posredovanja ovog poremećaja i jednu vrstu generatora samoozdravljenja. On omogućuje naratoru da ponovno uspostavi kulturno specifični osjećaj reda i kontinuiteta u životu nakon prekida. U američkoj kulturi, takvi narativi odražavaju pokušaje da se, uslijed ometajućih i destruktivnih iskustava, pomiri i uskladi s moralnim ideologijama koje se tiču normalnosti. Bilo da su pričani samome sebi ili

drugima, narativi su dio procesa izlječenja. Kada je ovaj kulturni proces uspješan, narativ poboljšava prekid uživajući ga u tkanje životu - stavljajući iskustvo u perspektivu (Becker, 1997).

Narativ, dakle, koristimo kao sredstvo uvida u *biografski prekid* uzrokovan bolešću – proces koji uključuje usklađivanje postojećih kulturnih modela s osobnim iskustvom, suočavanje s razlikama između iskustva i očekivanja te eventualno alterniranje postojećih shvaćanja. Stoga, osim što je narativ jedno sredstvo reprezentacije iskustava i događaja iz perspektive pojedinačnih aktera, on je i oblik kulturnog izvještaja koji nam nešto govori o elementima društvenog svijeta i kulturnim shvaćanjima. U kontekstu medicinske antropologije, to se odnosi na elemente poput zdravstvenih institucija, raznih okolnosti liječenja, odnosa između liječnika i pacijenta, kulturnog shvaćanja koncepcija zdravlja i bolesti, stigmatizacije bolesnika, odgovarajućih ponašanja za vrijeme bolesti, itd. (Mattingly i Garro, 2000).

## **2.4. Antropologija i književnost**

Narativ iskustva bolesti kojim se ovaj rad bavi jest narativ u pisanom (uređenom i izdanom) obliku, točnije u obliku memoara. Stoga rad kombinira antropologiju s književnom teorijom, oslanjajući se na ideje autora poput Clifforda Geertza, Victora Turnera, Georgea Marcusea, Edwarda Brunera i Jamesa Clifforda koji su pokazali snažan interes za književnu teoriju i praksu te u svojim radovima pomutili granice između umjetnosti i znanosti (Clifford, 1986).

Clifford (1986) smatra da literarni procesi prožimaju svaki oblik etnografske reprezentacije kulturnih fenomena, a ta je činjenica godinama potiskivana u procesu razgraničenja diskursa zapadnjačke znanosti od književnog načina izražavanja.<sup>1</sup> Nazivajući

---

<sup>1</sup> Foucault, de Certeau i Eagleton ukazuju na činjenicu da, od 17. stoljeća, zapadnjačka znanost isključuje određene načine izražavanja iz svog legitimnog repertoara: retoriku (u ime jasnoće i transparentnosti), fikciju (u ime činjenica) i subjektivnost (u ime objektivnosti). Ti modaliteti su smješteni pod kategoriju književnosti. Prema ovom shvaćanju, diskurs književnosti i fikcije je, zbog svoje figurativnosti i višeznačnosti, inherentno nestabilan (Foucault, de Certeau, Eagleton prema Clifford, 1986).

samo etnografsko pisanje jednom vrstom fikcije, Clifford (1986) ukazuje na parcijalnost, pristranost i ekskluzivnost kulturnih i povijesnih istina. Smatra da autor etnografskih tekstova ne može izbjeći korištenje književnih figura koji nameću određen smisao dok podatke prevode iz svijeta života u antropološki diskurs. Moć i povijest djeluju i kroz najbolje etnografske radove i to tako da ih autor ne može potpuno kontrolirati (Clifford, 1986).

Kritizirajući tradicionalne antropološke reprezentacije utemeljene na zapadnjačkom "vizualizmu" - paradigmi u kojoj dominantne metafore u antropološkom istraživanju podrazumijevaju nekakvo vanjsko, privilegirano stajalište kojim objektiviramo proučavani dio stvarnosti - Clifford se zalaže za *diskurzivnu paradigmu* u kojoj se metafore i figure pomiču od promatrajućeg pogleda prema ekspresivnom govoru i gestama, a kulturna poetika sagledava kao međuigra glasova i pozicioniranih iskaza (Clifford, 1986).

Još od vremena B. Malinowskog, metoda promatranja sa sudjelovanjem je uspostavila delikatni balans između subjektivnosti i objektivnosti, ograničavajući sferu istraživačevog osobnog iskustva impersonalnim standardima promatranja i objektivne distance. Iako je u klasičnim etnografijama glas autora bio prisutan, konvencije tekstualne prezentacije i čitanja su branile preblisku vezu između autorskog stila i stvarnosti koja se reprezentira. Subjektivnost autora je odvojena od teksta kao objektivnog označitelja. Tijekom 60-ih godina, ove konvencije se dovode u pitanje, a etnografi počinju pisati o svojim iskustvima na terenu na način koji remeti prevladavajući balans između subjektivnosti i objektivnosti. Pojavio se novi podžanr etnografskog pisanja – samorefleksivni izvještaj s rada na terenu. Za ovu vrstu etnografije, odgovarajuća referentna točka izvještaja nije prikazani 'svijet' već *specifične instance diskursa*, a kultura je uvijek relacijska – zapis komunikativnih procesa koji historijski postoje između subjekata smještenih unutar odnosa moći (Clifford, 1986).

Rigorozna parcijalnost koju Clifford (1986) naglašava za njega pridonosi jednoj vrsti oslobođenja kroz priznanje da nitko više ne može pisati o drugima kao da su izolirani objekti ili tekstovi. Jedan od najvažnijih pomaka u ovom smislu bi trebala biti realizacija inherentne polivokalnosti etnografskih tekstova koja je u tradicionalnim etnografijama bila ograničena i orkestrirana uz pomoć pridavanja sveprisutne autorske funkcije jednom glasu, a uloge izvora (kazivača, informatora) drugim glasovima. On smatra da ova vizija



kompleksne, problematične i parcijalne etnografije vodi suptilnijim, konkretnijim načinima pisanja i čitanja te novim koncepcijama kulture kao interaktivne i povijesne. Clifford etnografiju vidi kao „hibridnu tekstualnu aktivnost“ koja „prelazi granice žanrova i disciplina“ te se premješta u područja dosad proučavana od strane sociologije ili avangardne kulturne kritike. Kao takva, ona uvijek sadrži elemente selektivnosti, kontingencije i nejasne razlike između fikcije i stvarnosti (Clifford, 1986).

Ideje Clifforda i drugih interdisciplinarno orijentiranih autora koji su se bavili odnosom između antropologije i književnosti doveo je do oblikovanja poddiscipline antropologije književnosti, odnosno književne antropologije. S jedne strane imamo sve veće uvažavanje književne strane etnografskog pisanja, proliferaciju kulturno osviještene književne kritike (tj. korištenja antropoloških koncepata pri tumačenju književnih tekstova), ali i ponovno oživljavanje antropološke tradicije korištenja različitih književnih tekstova kao izvora ili kulturnih artefakata (De Angelis, 2003) (Cesareo, 2003).

## **2.5. Etnografski roman**

Janet Tallman (2003) propituje odnos i razlike između pisanja etnografije i jedne specifične književne forme – romana. Uviđa da su i etnograf i romanopisac na neki način odvojeni i izopćeni od okoline, oboje su svjesno marginalizirani u odnosu na kulturu koji opisuju, oboje pokušavaju učiniti poznato stranim i strano poznatim i pritom se oslanjaju na tradicije svojih prethodnika. Poput antropologa, dakle, i pisce zanimaju temelji svakodnevnog života - zdravorazumske pretpostavke koje uređuju naš društveni svijet. Razlike pak pronalazi u tome što etnografi imaju zadatak opisivanja kulture na takav način da bi i ostali promatrači mogli doći do sličnih zaključaka ukoliko bi istraživali tu istu kulturu, a romanopisci, s druge strane, teže svježini, unikatnosti i originalnim opisima. Etnografi žele generalizirati, a romanopisci partikularizirati vrijeme, mjesto i ljude; romanopisci teže singularnom, kreativnom i samovoljnom glasu, a etnografi moraju izbjegavati previše osoban glas i fikciju.

No, odnos između etnografa i romanopisca postaje zamućen kod *etnografskog romana*, pri čemu misli na onaj roman koji prenosi značajne informacije o kulturi ili

kulturama iz koje djelo potiče. On može biti pisan od strane insajdera ili autsajdera. Također, umjetnik koji piše iznutra ne mora biti svjesno antropologičan, ali ipak ova specifična vrsta pisca intuitivno upisuje detalje određene kulture u priču, likove, teme, pozadinu i stil. Etnografski roman pisan od strane nekoga "iznutra" ima perspektivu neokaljanu kulturnom ograničenošću i slijepim točkama koje prate autsajdera. Premda insajder ima pristran pogled (pod utjecajem klase, roda, dobi i drugih društvenih kategorija), njegova autentičnost i poznavanje kulture neprocjenjivi su za antropologa koji nema te odlike. Pisaci mogu razotkriti kulturne pretpostavke kroz samorefleksiju i promatranje drugih. Oni imaju pristup kulturnom znanju koji nije dostupan antropologu jer su uronjeni u kulturu koja im služi kao izvor inspiracije. Pisac može stvarati sliku kulture s vlastitom koherentnošću, viđenu iznutra, s pozadinskim, zdravorazumskim pretpostavkama koje ostaju prisutne u tekstu i dostupne za razotkrivanje od strane antropologa (Tallman, 2003).

Stoga Tallman (2003) zaključuje da etnografi mogu proširiti svoje znanje koristeći romane pune "podataka s terena" i pažljivo analizirajući viziju prezentiranu od strane romanopisca kao kreativnog insajdera. Takvi romani također mogu studijama kulture pružiti autohtone glasove koji su često odsutni u antropološkoj literaturi. Etnografski roman se očituje kao hibridna forma koja povezuje književnost i antropologiju, a ono što ih povezuje jest zajednički cilj dobivanja uvida u određenu kulturu, shvaćanja načina na koji funkcionira te otkrivanja kulturnih pretpostavki koje se nalaze u pozadini određene vrste iskustva.

Osvrćući se na Tallmanine ideje, Cesareo (2003) dodaje da sama činjenica da roman sadrži bogatstvo informacija o društvenim ritualima i društvenim institucijama njega ne čini etnografskim u punom smislu te riječi. Determinirajući element koji tekst čini etnografskim je specifična artikulacija tih rituala i praksi u poveznici sa značenjem i društvenom strukturom. Drugim riječima, čak i tamo gdje roman može doista biti etnografska studija, to ne znači da je obavljeno i etnografsko čitanje.

Ovaj rad primjenjuje Tallmanin pristup na području medicinske antropologije, točnije pri antropološkoj interpretaciji narativa iskustva mentalne bolesti. Smatram da Kaysenini memoari mogu poslužiti kao bogat izvor insajderskih podataka o psihijatrijskoj hospitalizaciji, životu sa stigmom mentalnog oboljenja, američkoj koncepciji mentalne

bolesti, devijacije od društvenih (posebice rodnih) uloga, koncepciji ženske adolescencije i drugim temama koje se pojavljuju u njenom narativu. Tallman (2003) ističe roman kao formu koju se tipično najviše približuje etnografskom radu, ali smatram da i, primjerice, memoari, dnevnici, autobiografije i drugi oblici svjedočenja mogu poslužiti kao bogat izvor podataka za daljnje antropološko čitanje, a posebno to vrijedi za medicinsku antropologiju i gore spomenuti narativni pristup iskustvu bolesti. Ove forme često karakterizira izrazito osobni stil, kontemplacija i refleksija nad sjećanjima i događajima te težnja da se stvori, uredi i autorizira osobna interpretacija tog iskustva. Glas autora je usmjeren direktno prema vlastitom iskustvu, ali, poput svakog narativa, implicitno ili eksplicitno, sadrži i progovara o kulturnim konvencijama, temama, vrijednostima, nejednakostima u odnosima moći i ostalim značajkama društvenog konteksta unutar kojeg se njegova radnja odvija.

### **3. PREKINUTA MLADOST: ANTROPOLOŠKA INTERPRETACIJA NARATIVA ISKUSTVA MENTALNE BOLESTI**

Knjiga *Prekinuta mladost* autorice Susanne Kaysen, objavljena 1993. godine, predstavlja njene memoare u kojima se prisjeća boravka u mentalnoj ustanovi. 27. travnja 1967. godine, kao 18-godišnja djevojka, na temelju 20-minutnog razgovora s psihijatrom, poslana je u psihijatrijsku bolnicu McLean gdje je provela 18 mjeseci. 25 godina poslije toga, pišući svoj drugi roman, počela se intenzivno prisjećati tog iskustva te je, uz pomoć odvjetnika, došla do medicinskih kartona u kojima je dokumentiran njen boravak u bolnici. Tek tada otkriva i svoju dijagnozu – granični poremećaj ličnosti.

Poglavlja knjige ne oblikuju klasični linearni narativ već predstavljaju seriju kratkih priča i crtica iz života na ženskom odjelu McLean bolnice gdje upoznaje skupinu djevojaka sličnih godina s različitim psihičkim problemima. Njihove dogodovštine i razgovori za vrijeme tog iskustva (obilježenog konstantnim nadzorom, provjerama, uzimanjem lijekova, razgovorima s psihijatrima i terapeutima, ispadima pacijentica i "sistemom privilegija" kojeg uspostavljaju bolničke sestre) isprekidane su poglavljima u kojima Kaysen opisuje

dogadaje i osjećaje koje su prethodile hospitalizaciji. Također, na mnogim prijelazima između poglavlja, autorica ubacuje skenirane kopije medicinskih dokumenata pisanih od strane osoblja bolnice.

Knjiga je po izlasku doživjela neočekivano velik uspjeh i sedam godina ostala na New York Timesovoj listi najprodavanijih knjiga mekog uveza. Premda knjiga nije bila namijenjena mlađoj populaciji, zadobiva veliku popularnost među američkim srednjoškolkama i studenticama koje se poistovjećuju s autoricom te djelo zadobiva kulturni status nalik na slavno djelo Sylvie Plath *Stakleno zvono. Prekinuta mladost* 1999. godine doživljava istoimenu filmsku adaptaciju s Winonom Ryder i Angelinom Jolie u glavnim ulogama, te dodatno učvršćuje svoj status jednog od najznačajnijih djela o ženskoj adolescenciji, iskustvu mentalne bolesti i psihijatrijskoj hospitalizaciji unutar američke popularne kulture.

### **3.1. Subverzivni komentar kulturnih teorija o ženskom odrastanju**

Marshall (2006) vidi Kaysenine memoare kao kompleksan komentar o konceptu ženskog odrastanja koji propituje kolektivno znanje o ženskoj adolescenciji, suprotstavljajući se dominantnim pedagogijama koji ju opisuju kao period traumatičnog prijelaza obilježen psihološkom krizom, rizikom i ranjivošću. Također, smatra da njeni memoari propituju ideju o tome da je mentalna bolest čvrsto vezana uz samog pojedinca. Kroz svoj narativ, ona reorganizira svoje djevojaštvo tako da remeti pretpostavljenu objektivnost rodno obojenog psihijatrijskog diskursa koji njeno specifično iskustvo pokušava smjestiti unutar generalizirane putanje ženskog razvoja.

Kaysenino iskustvo bilo je smješteno u kontekstu dominantnih feminilnih normi američke srednje klase tijekom 60-ih. S druge strane, knjiga je objavljena 1993. godine, za vrijeme rastuće brige u SAD-u o djevojkama u adolescenciji. Tijekom 90-ih, naime, društveni znanstvenici su žensku adolescenciju prikazivali kao period krize obilježen nesigurnošću te padom akademske efikasnosti i samopouzdanja što je stvorilo specifičan kulturni ambijent unutar kojeg je knjiga dospjela u ruke publike (Marshall, 2006)

Činjenica da Kaysen svoju knjigu piše i objavljuje kao odrasla osoba koja progovara o svojoj mladenačkoj prošlosti (zajedno s visokom razinom samorefleksivnosti i konstruirane samoreprezentacije koja karakterizira književnu formu memoara), omogućuje joj dualnu poziciju iz koje se odmiče od moralizatorskog diskursa o odrastanju koji dominira u većini tadašnje fikcije pisane za mlade. Iscrtavajući "topografiju" svoje bolesti i označavajući mjesto na kojem je prešla granicu i ušla u paralelni svijet ludila, istovremeno oslikava kompleksnosti i posljedice definiranja djevojaštva u odnosu na ludilo. Kroz svoj narativ, nudi nam alternativne pedagogije koje zamućuju crtu između odraslosti i adolescencije te progovara o nedostacima vremenski ograničenih i rodnih identiteta koje kultura nameće (Marshall, 2006).

Dok su njena tadašnja iskustva promatrana od strane okoline kroz okvir dijagnoze graničnog poremećaja ličnosti, njezin osvrt iz nove perspektive ukazuje na to kako su njezini postupci proizašli iz jedne življene, egzistencijalne situacije, a ne iz individualne patologije. Kaysenini diskurzivni postupci uključuju propitivanje i diskreditiranje autoriteta liječnika i psihijataru uz pomoć dokumenata koji su je otpremili u psihijatriju. Zahtjeva autoritet nad interpretacijom vlastitog iskustva naspram rodno obojenih pedagogija ugrađenih u psihijatrijski i kulturni diskurs koje sugeriraju prirodnu poveznicu između ženske adolescencije i mentalne nestabilnosti. Uspoređujući priručničke kategorije dijagnoze graničnog poremećaja s vlastitim iskustvom i shvaćanjem situacije, skreće pozornost na svoje društveno okruženje, norme i percepciju ljudi oko nje (Marshall, 2006).

Marshall (2006) se posebno osvrće na Kayseninu kritiku rodno obojene definicije graničnog poremećaja u kojoj ukazuje na društveno konstruiranu poveznicu između seksualnih praksi djevojaka i njihovog mentalnog zdravlja. Tako, primjerice, postavlja, pitanje o tome s koliko osoba 17-godišnjak treba spavati da bi ga označili kao kompulzivno promiskuitetnog (ako bi uopće ikada upotrijebili tu oznaku kod mladića), a s koliko 17-godišnja djevojka? (Kaysen, 2002). Također, Kaysenina oznaka promiskuitetne djevojke je dobrim dijelom utemeljena na aferi s njenim učiteljem engleskog jezika. Međutim, doktori u bolnici prelaze preko činjenice da je učitelj bio stariji od nje i uživao određenu moć nad svojom učenicom. Umjesto toga, krivica za kršenje seksualnih normi pada na ženu: Kaysen je ta kojoj se u dijagnozi pripisuje nedostatak zdravih granica te nemogućnost razlikovanja između zdravih i nezdravih oblika privrženosti. Definicija njezinog ponašanja kao

promiskuitetnog služi kao dokaz da je izabrala krivi put u opasnom prijelazu između djevojaštva i odraslosti (Marshall, 2006).

Kaysenin narativ, poput priča o djevojačkim školama, završava s konvencionalnim ženskim ponašanjem. Dozvola za brak joj osigurava otpuštanje iz bolnice – isti rodni kriterij kroz koji je institucionalizirana omogućava joj povratak u svijet jer kao mlada žena vezana uz budućeg muža više ne predstavlja rizik promiskuiteta. Međutim, Kaysenin memoar ipak ne reificira u potpunosti taj normativni diskurs heteroseksualne feminilnosti. Izostankom onog "živjela je sretno do kraja života" trenutka na kraju knjige, *Prekinuta mladost* se razlikuje od drugih mladenačkih romana o djevojkama u mentalnim ustanovama iz 90-ih koje završavaju izlječenjem kroz terapijski razgovor s odraslima – tipičnim spasiocima adolescentnih djevojaka (Marshall, 2006).

Marshall svoju interpretaciju temelji na iščitavanju Kayseninih memoara u rodnom (feminističkom) ključu te s fokusom na specifični period u životu pojedinca – adolescenciju. Premda su subverzivni motivi kritike rodni kriterija normalnosti i suprotstavljanja dominantnim društvenim teorijama o ženskoj adolescenciji kao opasnom prijelazu jedni od glavnih izvora snage ovog književnog djela, smatramo da *Prekinuta mladost* nudi mogućnost iščitavanja i drugih socio-kulturnih aspekata iskustva mentalne bolesti te njegove narativne ekspresije. Stoga ćemo u narednim poglavljima pobliže sagledati način na koji autorica iscrtava svoj put prema hospitalizaciji, simbolički uokviruje svoj boravak u mentalnoj bolnici, oblikuje svoj narativni identitet te naposljetku konstruira kritiku neurobiološkog modela mentalne bolesti.

### **3.2. Topografija mladosti prekinute mentalnim poremećajem**

Za Franka (1995), pojava ozbiljne bolesti predstavlja jednu vrstu "poziva za pričom" koji se javlja u svrhu popravljivanja štete koju bolest nanosi osobnom osjećaju za smještenost unutar životnog puta. Priča o bolesti služi kao sredstvo ponovnog iscrtavanja mape vlastitog života te pronalaženja novih odredišta. One su način izlaska iz ovog stanja – biografskog prekida uzrokovanog bolešću. Ovu značajku Kaysen inkorporira u sam naslov svojih memoara koji je inspiriran Vermeerovom slikom u koju se zagledala za vrijeme

posjeta Frickovoj galeriji sa svojim profesorom engleskog jezika. Ljubavna afera s tim muškarcem koja će uslijediti nakon tog izlaska ispostavlja se kao jedan od glavnih katalizatora pogoršanja njenog stanja i kasnije hospitalizacije:

„To je slika na kojoj djevojka gleda negdje izvan okvira, ignorirajući svog snažnog učitelja glazbe, čija je ruka posjednički položena na njenu stolicu. Svjetlo je prigušeno, no njeno lice svijetli. Zagledala sam se u njene smeđe oči i prenula se. Ona me na nešto upozoravala – podigla je pogled s onog što je radila i upozorila me. Usta su joj bila malčice otvorena, kao da je upravo udahnula kako bi mi rekla: *Nemoj! (...)* Nisam ju slušala. Otišla sam na večeru s mojim profesorom engleskog, poljubio me, vratila sam se u Cambridge, pala biologiju, ipak maturirala, i, konačno, poludjela.“ (Kaysen, 2002: 165-166)

Naziv slike - *Djevojka prekinuta u muziciranju* – Kaysen uočava tek 16 godina kasnije kada je sa svojim budućim mužem ponovno bila u istoj galeriji te ga koristi kako bi simbolički uokvirila svoju adolescentsku fazu, trajno obilježenu iskustvom mentalne bolesti:

„Prekinuta u muziciranju: kao što je bio moj život, prekinut u glazbi sedamnaeste godine, kao što je bio njen život, ukraden i pričvršćen na platno: jednog trenutka prisiljena da mirno stoji i da stoji za sve buduće trenutke, kakvi god da su bili ili da su mogli biti. Čiji život nakon toga može ponovno biti izgrađen?“ (Kaysen, 2002: 167)

Ključni element u izgradnji priče o bolesti jest refleksivno promatranje autora koje se odvija kao restauracija memorije (Frank, 1995). Bruner definira refleksivnost kao našu sposobnost da se osvrćemo na prošlost i na temelju toga mijenjamo sadašnjost ili mijenjamo prošlost u svijetlu sadašnjosti (Bruner prema Frank, 1995). Da bi započela s refleksivnom rekonstrukcijom kaotičnog iskustva kroz svoj narativ, Kaysen se služi metaforom *topografije* koja predstavlja njene pokušaje iscrtavanja kauzalne mape na kojoj se njen život isprepliće i prekida iskustvom mentalnog poremećaja i hospitalizacije. Koristeći se ulogom oporavljenog mentalnog pacijenta čiji život nastavlja biti praćen pitanjima (koja joj drugi postavljaju, ali i ona sama sebi) o tome kako je dospjela u

psihijatrijsku ustanovu i tamo provela gotovo dvije godine, Kaysen svoj vlastiti lik obavlja aurom osobe koja je prešla granicu koja razumne, zdrave ljude razgraničuje od ludila (analogno arhetipu junaka koji je prešao granice ovog svijeta, o kojem ćemo kasnije govoriti). S jedne strane, ona je jedna vrsta insajdera koji drugima progovara o psihološkoj i društvenoj stvarnosti mentalnog oboljenja. No, s druge strane, ona je također i autsajder izoliran iz vanjskog svijeta što joj omogućuje prostor za refleksiju i drukčiji pogled na taj svijet.

Iz njene "topografije" možemo uočiti kontrast interpretacija simptoma njenog poremećaja unutar dvaju različitih diskursa. Poglavlja knjige u kojima priča o svojim unutarnjim stanjima i doživljajima svijeta, stoje u snažnom kontrastu s kopijama medicinskih kartona i izvještaja u kojima medicinsko osoblje, služeći se tehničkim rječnikom psihijatrije, bilježi opservacije o njenom ponašanju i preporuke o daljnjem tretmanu. Jedni od najvažnijih takvih dokumenata su oni ispisani na dan njenog upućivanja i primanja u bolnicu McLean. U njima se kao razlozi njene hospitalizacije navode depresija, maštanje, povlačenje i izolacija, suicidalne misli i raniji pokušaj samoubojstva, promiskuitet te nesposobnost za organizirani svakodnevni život (Kaysen, 2002). Naspram ovoga, Kaysen izlaže svoju vlastitu perspektivu životnih problema koji su je mučili.

Svoj pokušaj samoubojstva, primjerice, opisuje kao metaforu. Kaysen tvrdi da je ključ uspješnog samoubojstva – kojeg definira kao jedan oblik ubojstva s predumišljajem – dobar motiv, a ona ga nije imala. Za nju je samoubojstvo bio ritual odstranjivanja jednog dijela sebe:

„Moji su motivi bili slabi: referat iz američke povijesti koji nisam željela napisati i pitanje koje sam si postavljala nekoliko mjeseci ranije: *Zašto se ne bi ubila?* Mrtva ne bi trebala pisati referat. Niti bih trebala dalje razmatrati ovo pitanje. (...) Mislim da se puno ljudi ubije kako bi jednostavno prestali vagati hoće li ili neće. (...) Ustvari, željela sam ubiti samo dio sebe: dio koji se želio ubiti, koji me uvukao u raspravu o samoubojstvu i učinio svaki prozor, kuhinjski pribor i stanicu podzemne željeznice mjestom uvježbavanja tragedije. Međutim, to sam skužila tek nakon što sam progutala pedeset aspirina.“ (Kaysen, 2002: 42-43)



Osim ovog "dijaloga" s idejom samoubojstva, Kaysen se bavila i idejom vlastite ludosti koja je bila utemeljena na njenoj sve distorziranijoj percepciji određenih dijelova stvarnosti oko nje. Imala je, primjerice, problem s uzorcima (na tepisima, zavjesama, pločicama i sl.) i doživljajima ljudskih lica. Uzorci su za nju sadržavali potencijalne reprezentacije, a ljudska lica je doživljavala kao neobične predmete što je pojačavalo njen osjećaj otuđenost od svijeta:

„To je bio osnovni preduvjet, da bilo što može biti bilo što drugo. Kad sam to prihvatila, zaključak je bio da sam luda ili da bi netko mogao misliti da sam luda. Kako sam sa sigurnošću mogla tvrditi da nisam, kad nisam sa sigurnošću mogla reći da zavjesa nije bila planinski lanac?“ (Kaysen, 2002: 47)

Njeno tzv. povlačenje, navedeno u psihijatrijskom nalazu, ona pak doživljava kao stanje oprečnosti koje je bilo temeljna značajka njenog stava naspram svijeta koji ju okružuje:

„Bio je to drukčiji preduvjet koji je remetio ravnotežu: stanje oprečnosti. Moj je cilj bio negiranje. Svijet, bio on prekrzan ili prazan, izazivao je samo moju negaciju. Kada sam trebala biti budna, spavala sam, kad sam trebala govoriti, šutjela sam; kada mi se nudio užitak, izbjegavala sam ga. Moja glad, moja žeđ, moja usamljenost, dosada i strah, sve su to bila oružja uperena prema mom neprijatelju – svijetu. Svijetu su ona bila potpuno nevažna, naravno, a mene su mučila, ali sam u svojim patnjama pronalazila morbidno zadovoljstvo. One su dokazivale moje postojanje. Činilo se da sav moj integritet počiva u riječi Ne. I tako je prilika da budem zatvorena bila jednostavno predobra da bi ju odbila. Bilo je to jako veliko Ne – najveće Ne s ove strane samoubojstva.“ (Kaysen, 2002: 47-48)

Ova oprečnost koja karakterizira njen doživljaj odnosa "ja/svijet" (mikrokozmos i makrokozmos) pojavljuje se kao jedna od ključnih prepreka u Kayseninom prijelazu prema svijetu odraslosti. Premda odbacivanje ideje samoubojstva predstavlja i odluku ostajanja u svijetu, ovaj konflikt nastavlja oblikovati njeno razmišljanje i ponašanje. On naposljetku vodi ka prihvaćanju hospitalizacije koja predstavlja izolaciju iz tog istog svijeta kojemu se

suprotstavlja te prelazak u "paralelni svijet" mentalne ustanove (metafora o kojoj ćemo kasnije govoriti).

Postupno proširujući topografiju svog putovanja preko granice između razuma i ludila, Kaysen se kreće na više razina. Materijal za oblikovanje smisla o iskustvu bolesti dobiven kroz introspekciju se na intersubjektivnoj razini povezuje s percepcijom i očekivanjima društvene okoline. Tako se interpretacija emocija, motiva i simbola unutar osobnog okvira značenja suprotstavlja interpretacijama njenog ponašanja od strane različitih autoriteta poput doktora, roditelja i nadređenih koji predstavljaju društvene institucije medicine, obitelji i tržišta rada. U Kayseninom tekstu simptomi mentalne bolesti time postaju težište rasprave o različitim društvenim normama i kulturnim konvencijama. Ovo je vidljivo, primjerice, kada se autorica dotiče primjedbi o njenoj depresiji i nestabilnoj slici o sebi koju, prema priručničkom opisu graničnog poremećaja ličnosti, pacijenti doživljavaju kao kronične osjećaje praznine i dosade:

„Moji kronični osjećaji praznine i dosade proizašli su iz činjenice da sam živjela život zasnovan na mojim brojnim nesposobnostima. (...) Moja slika o sebi nije bila nestabilna. Vidjela sam sebe, sasvim točno, kao nesposobnu za obrazovni i društveni sustav. No moji roditelji i profesori nisu dijelili tu sliku. Njihova je slika mene bila nestabilna, s obzirom da nije imala veze sa stvarnošću i da je bila zasnovana na njihovim potrebama i željama. Nisu polagali puno vrijednosti na moje sposobnosti koje su, kao što je svima poznato, bile malobrojne, ali prave. Čitala sam sve, stalno sam pisala, i imala sam hrpu mladića. (...) Dečki i književnost. Kako možeš živjeti od toga? Ispada da mogu. (...) U ono vrijeme nisam znala da ja, ili bilo tko drugi, možemo živjeti od mladića i književnosti. Kako se meni činilo, život je zahtijevao sposobnosti koje nisam imala. Posljedica je bila kronična praznina i dosada. (...) Praznina i dosada, kakvo ublažavanje. Osjećala sam potpuni očaj. Očaj, patnju i depresiju.“  
(Kaysen, 2002: 157-158)

Dok je za liječnike njena nesposobnost organizacije svakodnevnog života i razvijanja plana života jedna od indikacija dijagnoze koju će kasnije uspostaviti, Kaysen, dakle, to sagledava kao posljedicu njene općenite neuklopljenosti u očekivanja društvene okoline. Jedna od stvari koja je bitno pridonijela tome jest njeno odbijanje podčinjavanja pravilima koje je smatrala nepravednim (što doktori podvlače pod "suprotstavljanje društvu", kao još

jedan u nizu heterogene skupine simptoma njenog poremećaja), a to se očitovalo u problemima sa zadržavanjem posla:

„U životu sam imala dva posla: tri sam mjeseca prodavala posuđe za gurmane, većinu sam isпустиła i razbila; tjedan dana sam tipkala u računovodstvu na Harvardu i užasavala studente šaljući im račune na 10.900 dolara, što je zapravo trebalo biti 1.900 dolara. Te sam greške radila jer sam se užasno bojala nadglednika“ (Kaysen, 2002: 135).

Jedan od glavnih razloga zbog kojih se nije mogla prilagoditi pravilima na radnom mjestu bilo je nedozvoljeno pušenje za radnice, propis u kojemu jasno uočava velike rodne nejednakosti u američkom društvu tog doba:

„Osvrnula sam se po sobi. Sve su tipkačice bile žene, svi nadglednici muškarci. Svi su nadglednici pušili, niti jedna tipkačica nije pušila“ (Kaysen, 2002: 135).

Prigovori njenog autoritativnog muškog nadglednika o njenim greškama – kako u tipkanju tako i u odijevanju te odlascima na zahod – potiču ju da napušta posao što dodatno potpiruje njezine sumnje u vlastito mentalno zdravlje:

„U petak se nisam pojavila. Nisam ni nazvala. Ležala sam u krevetu, pušila i razmišljala o uredu. Što sam više mislila, to mi se činilo više apsurdnim. Nisam mogla ozbiljno shvatiti sva ta pravila. (...) Ali to je bio moj posao. Ne samo to – ja sam bila ta koja je imala problema s pravilima, svi drugi su ih prihvaćali. Je li to bio znak ludila? Čitav sam vikend o tome mislila. Jesam li bila luda ili sam imala pravo? 1967. je bilo teško odgovoriti na to pitanje. Čak i dvadeset i pet godina kasnije teško je odgovoriti. Seksizam! Bio je to čisti seksizam – nije li to odgovor? Istina, bio je to seksizam.“ (Kaysen, 2002: 136)

Osim ulaska u dijalog s medicinskom i društvenom interpretacijom svojih simptoma, Kaysen otvara i pitanje dijagnoze i tretmana svog stanja u kratkom poglavlju nazvanom *Etiologija*, sugerirajući čitateljima da sami definiraju osobu opisanu u nalazu psihijatra koji ju je poslao u bolnicu nakon manje od pola sata razgovora:

„Ova osoba je (odaberi jedno):

1. na pogibeljnom putovanja iz kojega možemo mnogo naučiti kad se on ili ona vrati;
2. opsjednuta (odaberi jedno):
  - a) bogovima,
  - b) Bogom (on ili ona je prorok),
  - c) zlim duhovima, demonima ili vragovima,
  - d) Vragom;
3. vještica;
4. začarana (varijanta druge opcije);
5. zla, te treba biti izolirana i kažnjena;
6. bolesna, te treba biti izolirana i liječena (odaberi jedno):
  - a) čišćenjem i pijavicama,
  - b) uklanjanjem maternice ako ju ima,
  - c) elektrošokovima,
  - d) umatanjem u hladne plahte,
  - e) thorazinom ili stelazinom;
7. bolesna, te treba provesti sljedećih sedam godina razgovarajući o tome;
8. žrtva niskog praga tolerancije prema devijantnom ponašanju;
9. razumna u nerazumnom svijetu;
10. na pogibeljnom putovanju s kojeg se on ili ona možda nikada neće vratiti.“

(Kaysen, 2002: 23)

Kao što vidimo, ovo poglavlje predstavlja jednu vrstu skice kojom autorica u tekst ironično priziva skupinu mitova i tradicionalnih teorija o kauzalitetu i podrijetlu (ženske) mentalne bolesti, a suvremene psihijatrijske teorije i metode prikazuje kao samo jedne u tom povijesnom nizu. Svjesna mnoštva mogućih tumačenja, Kaysen čitateljima nudi širok spektar definicija svog lika i time dodatno naglašava marginalnost, relativnost i arbitrarnost pozicije u kojoj se nalazila.

Na listi možemo uočiti reference na kulturne teorije o demonskoj opsjednutosti i zlim silama<sup>2</sup>, koncepcije ludila kao stanja koje otvara mogućnost božanskih uvida<sup>3</sup>, vjerovanje o lutajućoj maternici, humoralne medicinske teorije i metode puštanja krvi, prakse vraćanja i vjerovanja u magične sposobnosti pojedinaca, povezivanje ludila s idejama o moralnoj poremećenosti<sup>4</sup>, dominantne psihijatrijske metode prve polovice 20. stoljeća (poput hidroterapije i elektrošokova), psihoterapiju utemeljenu na razgovoru te mentalnu bolest kao sredstvo društvene kontrole. No, niz se otvara i zatvara idejom o putovanju pa ćemo prije svega razmotriti taj mit kao jedan od ključnih značajki (post)modernih publiciranih narativa bolesti.

### 3.3. Narativ bolesti kao priča o potrazi

Frank (1995) smatra da narativi bolesti u Americi mogu biti podijeljeni na 4 tipična žanra, a jedan od najčešće korištenih u američkoj književnosti i filmu je *narativ potrage* koji naglašava ili potragu za lijekom ili potragu za značenjem i nadilaženjem iskustva bolesti. Priče o potrazi (engl. *quest stories*) prihvaćaju bolest i pokušavaju je iskoristiti. Potraga je definirana uvjerenjem bolesne osobe da se nešto može postići kroz iskustvo bolesti. Ideja

---

<sup>2</sup> Oslanjajući se na ideje Mary Douglas iz njene utjecajne knjige *Purity and Danger*, Brian S. Turner smatra da su vjerovanja o zdravlju i bolesti (što uključuje i mentalne bolesti) u predmodernim ili tradicionalnim društvima bili neraskidivo povezani s konceptima religijske čistoće i opasnosti. Medicinski koncepti bili su usmjereni ka zdravlju duše, a ne tijela. Objašnjenja za pojavu bolesti temeljila su se na kršenju društvenih normi ili tabua koji su odvajali sveto od profanog. Takav sustav značenja je bolest povezivao sa zlim silama koje su napadale ljude kroz, primjerice, vraćanje ili opsjednutost demonima (Turner, 2000)

<sup>3</sup> Foucault uočava da se ludilo kroz povijest, posebice za vrijeme renesanse, često reprezentiralo u asocijaciji s božanskim uvidima, svijetom misterioznih sila te mudrošću ili kreativnošću općenito. Ovo možemo povezati s Kayseninim "tezama" o proroku i opsjednutošću bogovima (Foucault prema Turner, 2000)

<sup>4</sup> Becker (1997) primijećuje da je u Viktorijansko doba definicija ludila kao gubitka razuma privremeno zamijenjena idejom ludila kao moralne poremećenosti ili devijacije od društveno sankcioniranog ponašanja.

putovanja, dakle, proizlazi iz nade ili uvida da postoji nekakav smisao ili svrha. Narativna struktura ovog putovanja nalik je onoj koju opisuje J. Campbell u svojoj poznatoj knjizi *The Hero with a Thousand Faces* utemeljenoj na komparativnoj mitološkoj studiji, gdje on izlaže svoju teoriju o arhetipnom heroju kojeg pronalazi u raznim svjetskim mitologijama. Junakovo putovanje opisuje kroz stadije odlaska, inicijacije i povratka, a Frank (1995) to povezuje s narativnim strukturama i temama koje pronalazi u američkim pričama o bolesti.

Prvi stadij započinje s pozivom, a u slučaju bolesti to je obično simptom. Nakon toga često slijedi odbijanje jer junak zna koliko ga opasnosti i patnje čeka na putovanju, no naposljetku poziv više ne može biti odlagan ni zanemarivan te dolazi do prelaska prvog praga ili granice (engl. *threshold*). Kod narativa bolesti to može biti dijagnoza, hospitalizacija ili operacija koja pokazuje i određuje pravu ozbiljnost i značaj bolesti (Frank, 1995). U Kayseninom narativu ovaj poziv možemo prepoznati u njezinom opisu suočavanja s vlastitim simptomima i problema koje sama pokušava riješiti bez da prihvati oznaku mentalnog bolesnika.

Prelaskom prvog praga započinje stadij *inicijacije*. U pričama o bolesti taj stadij se očituje u raznim patnjama koje bolest donosi sa sobom, evocirajući često teme iskušenja, ispaštanja i transformacije. Završetak inicijacije donosi blagodat (engl. *boon*) – nešto što je narator stekao kroz iskustvo putovanja, a obično je to neki uvid koji može biti prenesen drugima. Faza *povratka* u pričama o bolesti je ozdravljenje: junak više nije bolestan, ali nastavlja biti označen iskustvom bolesti, nastavlja živjeti u svijetu iza čijih granica je putovao. Nakon što je prešao granice svijeta svakodnevnog iskustva i iskusio bol kakvu je malo ljudi iskusilo, vraća se "kući" (Frank, 1995).

Ovo možemo povezati i s Clarkinovou interpretacijom Kayseninih memoara u kojoj ukazuje na njene suptilne reference na mit o silasku u pakao i ponovnom uspinjanju u čistilište svakodnevnice. Clark smatra da je ovaj mit (prepoznatljiv, primjerice, u poznatoj Styronovoj knjizi *Darkness Visible*) za autore i publiku neizbježan kulturni oblik ponovnog oblikovanja i uokvirenja iskustva mentalne bolesti. Taj dijeljeni kulturni narativ daje smisla iskustvu i omogućuje "nasip" koji ublažava snagu traume. Premda se povratak u svijet svakodnevnice dešava nakon oporavka od bolesti, Kaysen jasno naglašava da je on samo privremen i teško održavan jer je borba s mentalnom bolešću često kronična (Clark, 2007). Osim toga, naša junakinja se nakon izlječenja i otpuštanja iz bolnice nastavlja boriti s

težinom stigme<sup>5</sup> i traume<sup>6</sup> koju mentalna bolest i psihijatrijska hospitalizacija ostavljaju na pojedincima.

Naposljetku, Frank (1995) postavlja pitanje – kakva vrsta junaka su bolesni ljudi? Smatra da se njihov mitski heroizam ne temelji na fizičkoj sili (poput, primjerice, Heraklovog heroizma) već na ustrajnosti, poput bodhisattve, samilosnog bića koje se zavjetuje vratiti na Zemlju da svoju prosvijetljenost podijeli s drugima. Moralni status junaka utemeljen je na inicijaciji kroz patnju i ispaštanje te kroz taj proces dolazi do spoznaje o jedinstvu sa svijetom i jedinstvu samog svijeta čiji integralni dio je i patnja. Pasivni heroizam bolesnih ljudi (naspram modernističkog heroizma utemeljenog na akciji), često se uspoređuje sa stoicizmom te ga se slavi zbog njegove tišine. No, s druge strane, priča o bolesti je sredstvo da ova ustrajnost postane aktivna tako što se obraća drugima i ističe svoju vlastitu etiku (Frank, 1995).

Memoari su jedan od najčešćih oblika u kojima se ovaj žanr "potrage" pojavljuje. Za Franka (1995) on predstavlja nešto poput prekinute autobiografije u kojoj se teži inkorporirati bolest unutar piščevog života i ta težnja se svakako prepoznaje u Kayseninoj knjizi. Međutim, ne možemo reći da se ona koristi isključivo ulogom junakinje koja se prisjeća svog putovanja i "topografski" ulazi u trag vlastite prošlosti. Autorica puno eksplicitnije koristi svoju privremenu poziciju izoliranog autsajdera koju prenosi uz pomoć metafore paralelnog svijeta. Potraga ili putovanje time poprima oblik refleksije nad vanjskim svijetom koja ju na određen način transformira unutar zajednice ženskog odjela mentalne ustanove.

---

<sup>5</sup> „Prestala sam govoriti ljudima. Nije bilo koristi od toga da ljudima govorim. Što dulje ništa o tome ne bih rekla, dalje bi dospjela, sve dok ja koja sam bila u bolnici ne postanem sićušna mrljica, a ja koja o tome nisam govorila ne bih bila velika, snažna i zaposlena.“ (Kaysen, 2002: 128)

<sup>6</sup> „Neki ljudi kažu da je znak mentalnog zdravlja ako imaš bar jednu svjesnu misao o tome, ali nisam sigurna da je to istina. Ja još uvijek o tome razmišljam. Uvijek ću o tome morati razmišljati. Često se pitam jesam li luda. Pitam i druge ljude. (...) To je uobičajena fraza, znam. Ali meni znači nešto posebno: tuneli, zaštitne mreže, plastične vilice, svjetlucava granica koja se stalno pomiče i koja, kao sve granice, mami i priziva da ju se prijeđe. Ja ju više ne želim prijeći.“ (Kaysen, 2002: 160)

### 3.4. Psihijatrijska bolnica kao paralelni svijet

Kaysen (2002) već na samom početku opisuje psihijatrijsku ustanovu koristeći metaforu paralelnog svemira, prostora koji joj omogućuje distancu od svijeta kakvog je dotad poznavala i kojemu će se vratiti nakon oporavka:

“Još jedno neobično obilježje paralelnog svemira je i to da, premda je on s ove strane nevidljiv, jednom kada ste u njemu s lakoćom možete promatrati svijet iz kojeg ste došli. Ponekad se svijet iz kojeg ste došli čini velik i zastrašujuć, drhtav kao velika hrpa želea, a nekad je opet umanjen i primamljiv, okreće se i sjaji u svojoj orbiti. U svakom slučaju, ne može ga se zanemariti. Svaki prozor Alcatraza ima pogled na San Francisco.” (Kaysen, 2002: 14)

Dodajući tome činjenicu da je Kaysenino iskustvo o kojemu nam govori u svojim memoarima smješteno u fazi odrastanja (prelaska između adolescentske, djevojačke faze prema statusu odrasle žene), njezin početni opis hospitalizacije u psihijatrijskoj ustanovi za mlade djevojke nalik je Turnerovom shvaćanju koncepta *liminalnosti* – faze rituala prijelaza u kojoj subjekt prolazi kroz društvenu stvarnost koja se radikalno razlikuje od prethodnog i budućeg stanja. Ovaj "svijet izvan svijeta" (limbo) karakterizira dvosmislenost i neodređenost društvenog statusa i identiteta, izolacija, defamilijarizacija te izmicanje mreži kulturnih klasifikacija i konvencija. Ovo "bivanje između", dakle, podrazumijeva suspenziju društvene strukture te otvara prostor za pojavu novih perspektiva naspram vrijednosti određene kulture (Turner, 1991). Upravo je suspenzija odgovornosti i opasnosti vezanih uz njenu društvenu ulogu ono što autorici kao pacijentici omogućuje jasnije viđenje svijeta iz kojeg je došla.

Susreti s ljudima izvan bolnice nude nam uvid u značaj bolničkog "limba" u kojem su se nalazile djevojke u McClean bolnici. Glavni primjer su buduće medicinske sestre koje bi privremeno boravile s njima na pripravničkom stažu. Performativnost susreta s ovim djevojkama njihovih godina, zamijenjenim verzijama njih samih, ispunjen istovremenom udaljenošću i solidarnošću, izazvao bi privremeni katarktički i terapijski efekt:



„Njihova nevinost i neznanje pobuđivali su naše žaljenje, za razliku od neznanja pomoćnica koje je pobuđivalo naš prijezir. Bilo je to djelomično i zato što su buduće sestre ostajale samo jedan tjedan dok su pomoćnice godinama ostajale nesposobne. Uglavnom je to ipak bilo zato što smo gledajući buduće sestre vidjele zamijenjene verzije nas samih. One su živjele živote koje smo mi mogle živjeti da nismo bile zaokupljene ulogom mentalnih bolesnika. (...) Mi smo ih željele zaštititi kako bi mogle nastaviti živjeti te živote. One su bile naše zamjene. Rado su s nama razgovarale. Mi bi ih pitale koje su filmove gledale, kako su prošle na ispitima i kad će se udati (većina je nosila žalosno malene zaručničke prstene). One bi nam rekla sve – da njihov dečko inzistira da učine "ono" prije vjenčanja, da im je majka pijanica, da su im ocjene loše i da im neće obnoviti školarinu. Davale smo im dobre savjete. (...) Davale smo sve od sebe da kontroliramo naše režanje, gundanje i suze kad su one bile s nama. Posljedica je bila da nisu ništa naučile o poslu na psihijatriji. Kad su završile svoju praksu, sve što bi sa sobom ponijele bile su naše unaprijeđene verzije, negdje na pola puta između našeg jada i normalnosti koju smo vidjele utjelovljene u njima. Za neke od nas bilo je to najbliže nekakvom izlječenju. Čim bi one otišle, stvari bi se brzo pogoršale, više nego obično, i prave bi sestre imale pune ruke posla.“ (Kaysen, 2002: 94-95)

Sličan efekt imalo je i promatranje vanjskog svijeta kroz ekran televizora, posebice za vrijeme masovnih prosvjeda u Americi tijekom 1968. godine, kada su pacijentice, koristeći svoju poziciju izvan "stvarnog svijeta", postajale poput publike na predstavi:

„Ljudi su radili stvari o kojima smo mi maštale: preuzimali su sveučilišta i ukidali društvene slojeve. (...) Mi smo ih bodrile. (...) Mislile smo da će na kraju doći i "osloboditi" i nas. (...) Maštanja ne uključuju suprotno djelovanje. Bile smo sigurne u našoj skupoj, dobro opskrbljenoj bolnici, zaključane s našim bijesovima i pobunama. Lako je nama bilo reći *Samo naprijed!* Najgore što nam se moglo dogoditi bilo je poslijepodne u samici. Obično bi sve što bismo dobile bio smješak, odmahivanje glavom i bilješka u kartonima: *Identifikacija s protestnim pokretom*. Oni su dobijali slomljene lubanje, modrice na očima, udarce u bubrege – i tek onda bi ih zatvorili s njihovim bijesovima i pobunama. (...) Bila su to lagana vremena za osoblje. Nismo radile scene; scene su bile napravljene za nas. Ne samo da smo bile mirne, bile smo u

iščekivanju. Svijet je trebao poludjeti, ponizni su trebali naslijediti zemlju, ili, točnije, otrgnuti je od jakih, a mi, najponizniji i najslabiji, postali bismo nasljednici golemog posjeda svega što nam je bilo uskraćeno. No to se nije dogodilo – niti nama, niti bilo kome od ostalih koji su polagali pravo na posjed. Kad smo vidjele Bobbya Sealea vezanih ruku, vezanih nogu i s povezom preko usta u čikaškoj sudnici, shvatili smo da se svijet neće promijeniti. Bio je u lancima kao rob. Cynthia se posebno uzrujala. *To i meni rade!*, vikala je. Istina je da te svežu i stave ti nešto u usta kad ti daju šokove. Da ne pregrizeš jezik za vrijeme konvulzija.“ (Kaysen, 2002: 96-97)

Također, unatoč trivijalizaciji, propitivanju i kritici doktorove odluke da ju na temelju 20-minutnog razgovora "pošalje u ludnicu", Kaysen nam otkriva dio sebe koji je osjećao potrebu za takvim mjestom, što je očigledno, primjerice, u trenutku kada ju posjećuje imućni prijatelj koji joj nudi priliku da pobjegne s njim u Englesku, a ona odbija:

*„Mogla bi biti guvernanta, rekao je. Desetak sekundi sam zamišljala taj drugi život koji bi počeo ulaskom u crveno auto Jima Watsona, kad bi izjurili iz bolnice i pojurili prema aerodromu. Dio o meni kao guvernanti bio je mutan. Cijela je stvar, zapravo, bila mutna. Vinilne stolice, zaštitne mreže, zujanje vrata sobe medicinskih sestara: te su stvari bile jasne. Sada sam ovdje, Jime, rekla sam. Mislim da tu trebam i ostati.“* (Kaysen, 2002: 33)

Nadalje, psihološka dimenzija utočišta i zaštite nadopunjuje fizički aspekt izolacije i odvojenosti. Kaysen u tome prepoznaje jednu vrstu privilegije naspram vanjskog svijeta te priziva arhetip čovjeka koji nema što izgubiti:

*„Iako smo bile odvojene od svijeta i problema koje smo u njemu stvarale, bile smo također odvojene od zahtjeva i očekivanja koja su nas otjerala u ludilo. Što se od nas moglo očekivati, sad kad smo bile pospremljene u ludaru? Bolnica nas je štitila od najrazličitijih stvari. Rekle bismo osoblju da odbijamo primiti telefonske pozive ili posjete bilo koga neželjenog, uključujući naše roditelje. (...) Dokle god smo bile voljne biti uzrujane, nismo morale pronaći posao ili ići u školu. Mogle smo se izvući*

od svega osim jela i uzimanja lijekova. Više ništa nismo mogle izgubiti. Naša privatnost, naša sloboda, naše dostojanstvo. Sve je to nestalo i bile smo ogoljene do samih kostiju. Tako gole trebale smo zaštitu, a bolnica nas je štitila. Naravno, bolnica je bila ta koja nas je skinula do gola – no to je samo pojačavalo njenu obvezu da nas štiti. (...) Da su naše obitelji prestale plaćati, prestao bi naš boravak i bile bi gole izložene svijetu u kojem više nismo znale živjeti. Ispunjavanje čeka, korištenje telefona, otvaranje prozora, zatvaranje vrata – bile su to samo neke od stvari koje smo zaboravile raditi.“ (Kaysen, 2002: 98-99)

### **3.5. Kritika neurobiološkog redukcionizma suvremene psihijatrije**

Priče o bolesti su za Franka (1995) posebna vrsta priča – priča o sebstvu (engl. *self-story*). One ne služe samo opisivanju i prepričavanju već se unutar onog što se pripovijeda formira "sebstvo". To znači da pripovjedač izvodi *narativnu akciju* pri kojoj se odvijaju dvije reafirmacije: naspram drugih i naspram samog sebe (pripovjedač se obraća sebstvu kao publici, utvrđujući da je još uvijek tu). Frank (1995) također ukazuje na Ricoeurovu ideju narativnog identiteta prema kojoj se sebstvo razvija unutar procesa pripovijedanja životne priče – subjekt nikada nije dan na početku narativa. Frank (1995) smatra da je upravo ovo jedan od preduvjeta realizacije moralne dimenzije (pouke) priče o sebstvu: da je subjekt uspostavljen već na početku, ne bi postojalo nešto što se može naučiti iz nje, a subjekt bi se reducirao na narcistički i centralizirani ego.

U pričama o bolesti ovaj proces uspostavljanja sebstva odvija se kroz osobnu interpretaciju iskustva bolesti koja se obično suprotstavlja homogenizirajućem i unificirajućem medicinskom diskursu. Dok medicinska racionalizacija kroz dijagnostički sistem na jedan način oslikava dehumanizirajući aspekt procesa postajanja (i prestajanja) pacijentom, tekstualno uobličenje svojih sjećanja i iskustava je jedna vrsta autorizacije vlastitog života, tj. uspostavljanja interpretativnog autoriteta nad vlastitim iskustvom te formulacije tog iskustva kao nečeg značajnog i vrijednog pažnje čitatelja. Frank (1995) smatra da kvalitetna priča o bolesti (priča o sebstvu) završava tako što, barem djelomično, ponovno preuzima sposobnost promišljanja o pitanjima života, bolesti i smrti iz ruku birokratske racionalizacije institucionalne medicine. Priče o bolesti nam omogućuju

egzistencijalnu, fenomenološku i moralnu perspektivu na ova pitanja, utemeljenu na pojmovima bliskima svijetu života.

Iz više razloga, Kaysenin memoar jest jedna priča o sebstvu kakvog Frank opisuje. Jedan od razloga je taj što tek na kraju knjige autorica progovara snažnim, nezavisnim i odgovornim glasom koji se temelji na njezinom identitetu spisateljice, ali i na vremenskoj distanci od 25 godina koja joj omogućuje relativnu slobodu od svoje dijagnoze i stigme koju psihijatrijska hospitalizacija nosi sa sobom. Što se više vremenski odmiče od trenutka "prekida", to se više približava moralnoj odgovornosti. Stoga najsnažnije i najkontroverznije poruke svojih memoara Kaysen čuva za završna poglavlja u kojima se obračunava s arbitrarnošću i neodređenošću psihijatrijskih kategorija kao elemenata biomedicinskog sustava unutar kojeg je dijagnosticiran i liječen njezin poremećaj (gdje prepoznamo i drugu karakteristiku narativa bolesti kao priča o sebstvu). Njezina kritika ponajviše je usmjerena ka neurobiološkom redukcionizmu mentalnih poremećaja koji nadopunjuje njenu prethodnu kritiku zanemarivanja socio-kulturnih utjecaja na pojavu mentalnih poteškoća.

Postojanje psihijatrije kao poddiscipline biomedicine proizlazi iz razlikovanja fizičkog i mentalnog zdravlja koje je utemeljeno na dualizmu uma i tijela, a taj dualizam povijesno je povezan s empiricističkom revolucijom u filozofiji (racionalistički kartezijanizam). Koncept mentalne bolesti je nadalje elaboriran kroz razvoje i pomake u kliničkoj psihologiji, psihijatriji i psihoanalizi (Turner, 2000). Ipak, kao nasljednik i nosilac onog emocionalnog, bihevioralnog i nesavršeno razumljenog, psihijatrija od samog začetka pati od strepnje za svoj status kao specifične discipline. Kronično osjetljiva na svoju nemogućnost oslanjanja na usko ograničeni, objektivni i sveopće prihvaćeni dijagnostički kriterij čvrsto zasnovan na biopatološkim mehanizmima, psihijatrija teži somatizaciji i specifikaciji poremećaja kako bi se uklopila u opći okvir biomedicine. Somatski identitet mentalnih bolesti je utemeljen na koncepciji mozga kao organa (tek u 19. stoljeću se liječnici intenzivno počinju referirati na mozak kao organ uma, a ne mentalnu bolest kao proizvod poremećaja u mozgu) iz čega proizlaze tvrdnje da bi se bolesti vezane uz taj organ trebale liječiti kao i ostale medicinske bolesti te da su disfunkcionalna ponašanja predmet biologije, psihologije, genetike i neuroznanosti (Rosenberg, 2006).

U poglavlju "Um protiv mozga" Kaysen otvoreno progovara o problemu sve veće somatizacije mentalnih oboljenja: od bavljenja psihom, dušom, egom ili umom, psihijatrijski tretman mentalnih bolesti sve više se svodi na medikamentozno liječenje moždanih funkcija. U svom diskursu nalik na kratki esej, Kaysen uspostavlja dijaloški odnos između više oblika konceptualizacije (metafizičke, racionalističke i neurobiološke) ljudske psihe te stvara vlastiti model.

„Kako god to nazvali – razum, karakter, duša – volimo misliti da posjedujemo nešto veće od zbroja naših neurona i da nam to nešto udiše duh. Ispada da je velik dio uma mozak. Pamćenje je određeni uzorak staničnih promjena na određenim mjestima u našim glavama. Raspoloženje je sastavljeno od neurotransmitera. Previše acetilkolina, nedovoljno serotonina i eto depresije. Pa što onda ostaje od uma? (...) Nešto tumači klepet neuroloških aktivnosti. No je li taj tumač nužno nešto metafizičko i neutjelovljeno? Nije li to vjerojatno određeni broj – izuzetno velik broj – funkcija mozga koje se odvijaju usporedno? Ako bismo identificirali i označili čitavu mrežu simultanih sićušnih akcija koje tvore misao, možda bi onda razum bio vidljiv.“ (Kaysen, 2002: 141)

Da bi se odvojila od pogleda suvremene psihijatrijske konceptualizacije ljudskog uma, Kaysen uvodi svoj "laički" pojam tumača, ali daleko od toga da mu pridaje idealno racionalne karakteristike. Potaknuta vlastitim iskustvom, vidi ga kao nekog tko izlaže određene tvrdnje na temelju informacija koje dobiva od osjetila, s tim da njegove interpretacije ne moraju biti točne. Također, ne ograničava se na samo jednom tumaču, ili jednom glasu:

„Često opet, nema pojma o čemu govori. I kad doneseš odluku da je u krivu, tko ili što donosi tu odluku? Neki drugi, nadređeni tumač? Zašto se zaustaviti na samo dva? To je problem ovog modela. Beskrajan je. Svaki tumač mora imati šefa kojemu podnosi izvješće. Ali nešto u tom modelu opisuje bit našeg iskustva svijesti. Postoji misao i postoji razmišljanje o mislima, a ne doživljavamo ih jednako. Oni sasvim sigurno odražavaju potpuno različite aspekte moždane funkcije. Stvar je u tome da mozak razgovora sam sa sobom i da razgovarajući sa sobom mijenja svoju percepciju.“ (Kaysen, 2002: 142)

Nastavlja opisivati model rada ovih tumača uspoređujući ga s komunikacijom dopisnika iz vanjskog svijeta i čitača njegovih izvješća te zaključuje da je mentalna bolest poteškoća u komunikaciji između njih dvoje. To ilustrira uz pomoć primjera u kojem prvi tumač u kutu sobe vidi tigra umjesto ormara koji se tamo doista nalazi:

„Problem je u tome što prvi tumač stvarno vidi tigra. Poruke odaslane između neurona nekako su pogrešne. Pokrenute kemikalije pogrešne su kemikalije, ili impulsi odlaze do pogrešnih veza. To se, očito, često događa, ali onda uskače drugi tumač da bi ispravio stvari.“  
(Kaysen, 2002: 143)

Ipak, imati u sebi uviđavnog "drugog tumača" koji će sumnjati i pobijati pogrešne tvrdnje prvoga je jedna vrsta privilegije među osobama s mentalnim poteškoćama jer ne prelazi granicu prema psihozi i otvara mogućnost analitičkog rješavanja problema (npr. Freudovim modelom):

“Bez sumnje nema analize. Ako netko dođe i brblja o tigrovima, neće mu ponuditi kauč već thorazin. Što se dogodi s doktorovom mentalnom kartom mentalne bolesti u trenutku kada predloži thorazin? Ranije toga dana doktor je podijelio kartu na superego, ego i id. (...) Doktor je liječio nešto što on naziva psihom ili umom. Odjednom se doktor priprema liječiti mozak. (...) Nešto tu ne valja. Ne možeš voće nazvati jabukom kad ga želiš pojesti, a maslačkom kad ga ne želiš pojesti. To je ista vrsta voća neovisno o tvojim namjerama prema njemu. I koliko je jaka tvrdnja o kategoričkoj distinkciji mozgova koji raspoznaju stvarnost i mozgova koji to ne čine? Je li mozak koji ne prepoznaje stvarnost uistinu toliko različit od mozga koji prepoznaje stvarnost, kao što je, recimo, noga različita od mozga? (...) Da biokemičari mogu prikazati fizikalnu stranu neuroze (fobije ili poteškoće u pronalaženju životnih užitaka), da mogu točno označiti kemikalije i impulse, konverzacije i razmjenu podataka u mozgu koji tvore te osjećaje, bi li psihoanalitičari onda spakirali svoje idove i egove, i napustili teren? Djelomično jesu napustili teren. Depresija, manična depresija,

---

<sup>7</sup> Thorazin je tvorničko ime za klorpromazin, prvi antipsihotik čiji je pronalazak 1951. godine predstavljen kao jedna vrsta revolucije, velikog pomaka u povijesti psihijatrije (dobrim dijelom zamjenjujući metode poput terapije elektrošokovima, psihokirurgiju, hidroterapiju, šokove inzulinom, itd.). Još uvijek se smatra kao jedan od najvažnijih lijekova u osnovnom zdravstvenom sistemu od strane WHO-a

shizofrenija: sve te stvari koje im je bilo teško liječiti sad liječe kemijski. Uzmi dva litija i ne zovi me ujutro jer nemaš što reći, to je prirodno. (...) Gotovo čitavo su stoljeće psihoanalitičari proveli pišući kolumne o životu u zemlji u koju nikad nisu putovali, o mjestu koje je, slično Kini, bilo zabranjeno. Odjednom je zemlja otvorila svoje granice, napučili su je inozemni dopisnici; neurobiolozi svaki tjedan pohranjuju deset priča punih novih podataka. Čini se, međutim, da ove dvije skupine pisaca međusobno ne čitaju svoje radove. To je zato što analitičari pišu o zemlji koju zovu Razum, dok neuroznanstvenici izvještavaju iz zemlje zvane Mozak.“ (Kaysen, 2002: 145-146)

Kaysen ovdje ukazuje na inkonzistentnost zapadnjačke koncepcije uma i tijela. Naime, premda se doživljavaju kao nešto različito, povijest razvoja psihijatrije, medicine i znanosti vodi do toga da se um ipak reducira na tijelo, kao jedan od organa. Također, ova neurobiološka perspektiva prilagođena modelu biomedicine kao egzaktne znanosti stoji u suprotnosti s dijagnostičkim kriterijima u kojima se simptomi njenog poremećaja (primjerice, nesigurnost u pogledu nekih važnih životnih pitanja kao što su seksualno opredjeljenje, dugoročni ciljevi, zanimanje, izbor ljubavnih partnera ili prijatelja, suprotstavljenost društvu, kompulzivni promiskuitet, impulzivnost, pesimistični stavovi, itd.) mogu protumačiti kao odstupanja od normi zdrave, odrasle i prilagođene osobe te ženske rodne uloge koja su, naravno, kulturno utemeljena. Kaysenina kritika je dobrim dijelom utemeljena na onome što u antropologiji poznajemo kao kulturni relativizam čije principe je Ruth Benedict još 1934. povezala i sa zapadnjačkim koncepcijama mentalnog zdravlja i bolesti, iznoseći time tezu koja će kasnije biti u samom središtu interesa međukulturne psihijatrije:

„Kategorije graničnog ponašanja koje izvodimo iz proučavanja neuroza i psihoza naše civilizacije su kategorije prevladavajućih lokalnih vrsta nestabilnosti. One nam pružaju mnoštvo informacija o pritiscima i svojstvima zapadne civilizacije ali ne i konačnu sliku neizbježnog ljudskog ponašanja. (...) S dostupnim psihijatrijskim podacima iz drugih kultura, ova minimalna definicija abnormalnih ljudskih tendencija će vjerojatno biti dosta različita od naših kulturno uvjetovanih i detaljno elaboriranih neuroza i psihoza poput onih opisanih, primjerice, pod pojmovima kao što su shizofrenija i manična depresija.“ (Benedict, 1934: 4)

## 4. ZAKLJUČAK

Rad smo započeli naglašavajući univerzalnu potrebu čovjeka da pronađe smisao u iskustvima koja se izdvajaju iz uobičajenog tijeka života te ih tako pretvori u nešto značajno i vrijedno, u moralnom, estetskom ili nekom drugom smislu. Kaysenino djevojačko iskustvo psihijatrijske hospitalizacije je upravo oblik iskustva koji upadljivo remeti koherentnu sliku cjeline pojedinačnog života i tako intenzivira težnju za ostvarenjem harmonije i kontinuiteta u našem doživljaju prošlosti, sadašnjosti i budućnosti. Premda je pod utjecajem širih estetskih i simboličkih formi, način na koji pojedinac obavlja ovu kulturnu obradu životnog iskustva je izrazito osoban. Štoviše, to je ono što daje personalan, nama svojstven utisak našem bivanju u svijetu. Ultimativna sloboda koju čovjek posjeduje jest mogućnost zauzimanje stava naspram okolnosti na koje ne može utjecati – bilo da je riječ o prošlosti koju ne može mijenjati ili sadašnjoj patnji koju ne može spriječiti (Frankl, 2010). Ekspresije iskustva – pronađene u pričama, glazbi, performansima, filmovima, slikama, itd. – su objektivacije, utjelovljenja, materijalizacije jedinstvenog smisla kojeg pojedinac, u interakciji s kulturno oblikovanim simboličkim sredstvima, pronalazi u svijetu.

S druge strane, biomedicina zauzima distancu naspram subjektivnih interpretacija pacijenta te ih gleda kroz vlastiti paradigmatički okvir. U svrhu dobivanja valjanih podataka, ona potiče ekspresiju pacijenta s ciljem dobivanja uvida ili informacija potrebnih za identifikaciju specifičnog entiteta bolesti koji uzrokuje patnju te za organizaciju oblika ublažavanja ili eliminacije njegov patološkog utjecaja na funkcioniranje pojedinca. Kako bi ostvarila svoj moralni cilj (koji leži u samoj srži modernističkog projekta zapadne civilizacije, dobrim dijelom nošen razvojem egzaktnih, prirodnih znanosti), klinička praksa utemeljena na medicinskom pogledu (*medical gaze*) objektivira ljudsko tijelo, rastavlja ga na organske funkcije (među koje se ubrajaju i moždane funkcije) te on postaje predmet racionalnog diskursa (Foucault, 2003). Paradigmatički okvir biomedicinskih znanosti usmjeren je ka generiranju onoga što Habermas (1975) naziva *nomološko znanje* – znanje prvenstveno usmjereno interesu za tehničkom kontrolom ili vladanjem skupinom kauzalnih povezanosti. S druge strane, za paradigmatički okvir kulturne i medicinske



antropologije (a time i antropologije iskustva) možemo reći da je oblikovan prvenstveno na temelju *hermeneutičkog interesa*. Takav spoznajni interes usmjeren je ka razumijevanju sudjelovanja aktera u intersubjektivnoj formi života te unaprjeđenjem ljudske komunikacije i samorazumijevanja (Habermas, 1975). Ovaj hermeneutički interes je upravo ono što nas vodi u interpretaciju ovakvih narativa jer time produbljujemo i nadopunjujemo (ili pak kritiziramo) biomedicinski korpus metoda i znanja o različitim fenomenima vezanim uz bolest i zdravlje. Medicinska antropologija teži dobiti uvid u dinamični odnos između različitih oblika diskursa o bolesti (biomedicinskog, religijskog, subjektivnog, itd.) te time doprinijeti oblikovanju cjelovitije slike bolesti kao psihološkog, biološkog, društvenog i kulturnog fenomena. Tekstovi poput *Prekinute mladosti* služe nam kao jedno od sredstava koji nam daju uvid u mnoštvo značenja koje kompleksni fenomeni poput mentalnih poremećaja zadobivaju u intersubjektivnom, komunikativnom procesu nastanka, dijagnoze i liječenja. Ovo je ono što antropologa motivira kada uzme u ruke jedan ovakav književan tekst i pokuša iz njega dobiti djelomičan uvid o tome što – unutar određene kulture – znači biti mentalno bolestan. S druge strane, ono što motivira samu izradu takvih tekstova, njegovu distribuciju, recepciju od strane društva jest komunikacija značajnih iskustava. Clifford (1986) smatra da kulturu možemo proučavati kao zapis komunikativnih procesa koji historijski postoje između subjekata smještenih unutar odnosa moći. U tom smislu, Kaysenin tekst je jedna specifična instanca diskursa i to ona koja duboko rezonira i utječe na kulturne koncepcije mentalnih poremećaja i psihijatrijske hospitalizacije, o čemu svjedoči njegov kulturni status među više generacija djevojaka kojima on predstavlja resurs za oblikovanje smisla o vlastitim iskustvima.

Naposljetku, ono što je nama najvažnije, ovakvi tekstovi služe medicinskoj antropologiji kao sredstvo oblikovanja vlastitih teorija i interpretacija određenih fenomena. Naša interpretacija fokusirala se na sagledavanje narativa bolesti kao 1) estetske forme koja inkorporira mitološku strukturu junaka koji prelazi granice ovog svijeta i progovara drugima o svom iskustvu, 2) insajderskog izvještaja koji jasno iscertava važnu razliku između iskustvene i organske dimenzije bolesti/mentalnog poremećaja, te 3) sredstva uspostavljanja smisla o traumatičnom biografskom prekidu koji uzrokuje psihijatrijska hospitalizacija. Našu interpretaciju možemo proširiti daljnjim istraživanjima, a prije svega se to odnosi na komparativne studije oblikovanja smisla kroz narativnu estetizaciju i

komunikaciju iskustva. Tematske i strukturalne sličnosti, kao i zajednički motivi prisutni u objavljenim pričama o iskustvu bolesti na području SAD-a koje Frank (1995) prepoznaje i koje se djelomično pojavljuju unutar Kayseninih memoara, možemo pokušati specificirati na području priča o mentalnim bolestima te tako prepoznati razlike u značenjima koje ljudi tipično pripisuju različitim kategorijama bolesti. Također, podatci dobiveni u takvim studijama mogu nadalje biti uspoređeni s analizom priča o sličnim iskustvima unutar, primjerice, japanske ili indijske kulture, gdje ćemo zasigurno uočiti različite načine konceptualizacije temeljnih pojmova poput zdrave/nezdrave osobnosti, normalnosti/abnormalnosti, sebstva, odnosa ja-svijet te um-tijelo, kao i različite modele identifikacije uzroka pojave bolesti i oblikovanja adekvatnog tretmana – društvenih procesa u kojima se uvijek implicitno pojavljuju određene moralne vrijednosti.

## 5. LITERATURA

1. Becker, Gay (1997). *Disrupted Live: How People Create Meaning in a Chaotic World*. Iniversity of California Press
2. Becker, Gay (2004). "Phenomenology of Health and Illness", u: Ember, Carol R., Ember, Melvin (ur.). *Encyclopedia of Medical Anthropology*. New York: Kluwer Academic / Plenum Publishers
3. Benedict, Ruth (1934). "Anthropology and the Abnormal", *Journal of General Psychology*, 10: 59-80
4. Bruner, Edward M. (1986). "Experience and Its Expressions", u Turner, Victor W., Bruner, Edward M., (ur.). *The Anthropology of Experience*. Urbana and Chicago: University of Illinois Press, 3-30
5. Cesareo, Mario (2003). "Anthropology and Literature: of bedfellows and illegitimate offspring", u De Angelis, R. (ur.). *Between Anthropology and Literature: Interdisciplinary discourse*. Taylor & Francis E-library, 158-174

6. Clark, Hilary (2007). "Telling Trauma: Two Narratives of Psychiatric Hospitalization", u: Valerie Raoul, Connie Canam, Angela Henderson i Carla Paterson (ur.). *Unfitting Stopries: Narrative Approuches to Disease, Disability, and Trauma*. Wilfried Laurier University Press.
7. Clifford James (1986). "Introduction: Partial Truths", u Clifford, J., Marcus, George E. (ur.). *Writing Culture: Poetics and Politics of Ethnography*. University of California Press, 1-26
8. De Angelis, Rose (2003). "Introduction", u De Angelis, R. (ur.). *Between Anthropology and Literature: Interdisciplinary discourse*. Taylor & Francis E-library, 158-174
9. Geertz, Clifford (1986). "Making Experiences, Authoring Selves", u Turner, Victor W., Bruner, Edward M., (ur.). *The Anthropology of Experience*. Urbana and Chicago: University of Illinois Press, 373-380
10. Foucault, Michel (2003). *The Birth of the Clinic: An Archeology of Medical Perception*. Taylor & Francis e-library.
11. Frank, Arthur W. (1995). *The Wounded Storyteller: Body, Illness and Ethics*. The University of Chicago Press
12. Frankl, Viktor E. (2010). *Čovjekovo traganje za smislom*. Planetopija
13. Kaysen, Susanna (2002). *Prekinuta mladost*. Zagreb: Timea
14. Kleinman, A., Seeman, D. (2000). "Personal Experience of Illness", u: Albrecht, Gary L., Fitzpartick, R., Scrimshaw, Susan C. (ur.). *The Handbook of Social Studies in Health and Medicine*. London, Thousand Oaks i New Delhi. Sage Publications, 230-242
15. Marsella, Anthony J., White, Geoffrey M. (1982). "Introduction: Cultural Conception in Mental Health Research and Practice", u: Marsella, Anthony J., White, Geoffrey M. (ur.). *Cultural Conceptions of Mental Health and Therapy*. D. Reidel Publishing Company
16. Marshall, Elizabeth (2006). "Borderline Girlhoods: Mental Illness, Adolescence and Femininity in *Girl, Interrupted*", *The Lion and the Unicorn*, 30: 117-133
17. Mattingly, C., Garro, L. (2000). *Narrative and the Cultural Contruction of Illness and Healing*. University of California Press.

18. Rosenberg, Charles E. (2006). "Contested Boundaries. Psychiatry, Disease, and Diagnosis", *Perspectives in Biology and Medicine*, 49(3): 407-424
19. Tallman, Janet (2003). "The ethnographic novel: Finding the insiders's voice", u De Angelis, R. (ur.). *Between Anthropology and Literature: Interdisciplinary discourse*. Taylor & Francis E-library, 158-174
20. Turner, Brian S. (2000). "The History of Changing Concepts of Health and Illness: Outline of a General Model of Illness Categories", u: Albrecht, Gary L., Fitzpartick, R., Scrimshaw, Susan C. (ur.). *The Handbook of Social Studies in Health and Medicine*. London, Thousand Oaks i New Delhi. Sage Publications
21. Turner, Victor W. (1991). *The Ritual Process: Structure and Anti-Structure*. Cornwell Paperbacks
22. Turner, Victor W. (1986). "Dewey, Dilthey and Drama: An Essay in the Anthropology of Experience", u Turner, Victor W., Bruner, Edward M., (ur.). *The Anthropology of Experience*. Urbana and Chicago: University of Illinois Press, 33-44
23. Young, Allan (1982). "The Anthropologies of Illness and Sickness", *Annual Review of Anthropology*, vol 11: 257-285