



Emanuela FABIJAN
Fakulteta za družbene vede,
Univerza v Ljubljani

Erving Goffman
Predstavljanje sebe v vsakdanjem življenju
Studia humanitatis, Ljubljana 2014,
305 strani, 23.00 EUR
(ISBN 978-961-6798-50-1)

Mirjana Ule, Brina Malnar,
Slavko Kurdija
Health and medicine in transition
Echoraum, Wien 2014,
205 strani, 12.00 EUR
(ISBN 978-3-901941-44-3)

Milje vsakdanjega življenja osmišlja posameznikovo kontinuirano uprizarjanje vlog, ki je v večji ali manjši meri del zavestnega procesiranja. Vloge delujejo po principu kompas in omogočajo orientacijo v svetu družbene interakcije ter reproducirajo polje, znotraj katerega poteka prepoznavanje sebe in drugih. Namen predstavljanja posamezne vloge v določeni situaciji vključuje stremljenje akterja k doseganju sprejemanja 'definicije situacije' in s tem tudi njegove vloge s strani prisotnega 'občinstva'. Pri tem je bistveno ohranjanje ene same skupne 'definicije situacije', kljub pojavljanju motenj, ki vplivajo na njeno zavrnitev ali diskreditacijo. Sprejemanje akterjeve 'definicije situacije' je pokazatelj njegove pravilne percepcije realnosti. Alternacija vlog izvajalca, opazovalca in obstranca predstavlja immanenten krog družbene interakcije, v okviru česar se akter izraža na speci-

fičen način in nadzoruje svoje posredovanje vtisov z namenom produciranja zelenega vtisa pri drugih; vtisa, ki bo spodbudil opazovalce k vedanju v skladu z njegovim interesnim okvirjem. Uprizarjanje tovrstnih vlog v vsakdanjem življenju se kaže kot avtomatiziran del družbene interakcije, ki je umeščeno v percepcijo samoumevnosti, vendar prav samoumevnosti odpirajo prostor za analizo družbene strukture. Večja mera samoumevnosti nečesa bi morala biti s strani posameznika v vsakdanjem življenju razumljena kot produkt longitudinalne in preišljene konstrukcije. Tisto, kar omogoča posamezniku tovrsten način dojemanja samoumevnosti, je njegov kulturni kapital. Po Ervingu Goffmanu (1977) veljajo samoumevnosti v družbenem svetu za kazalnike habitusov in koncentratov družbene moči, kajti realnost določajo specifični, precizni in v določenih kulturah tako rekoč univerzalni socialni mehanizmi. Družbena struktura in organizacije generirajo pomenskost vsakdanjih samoumevnosti, tako se večina makrostruktur ohranja z dnevnim vzdrževanjem in potrjevanjem številnih, na prvi pogled majhnih, lokalnih uokvirjanj.

Ob pogledu na Goffmanovo knjigo *Predstavljanje sebe v vsakdanjem življenju* ter na delo Mirjane Ule, Brine Malnar in Slavka Kurdije z naslovom *Health and medicine in transition (Zdravje in medicina v tranziciji)* lahko dobimo zmotno percepcijo o neobstoju mnogoterih paralel med omenjenima deloma. Omenjeno delo kanadskega sociologa Goffma-

na sodi med klasična dela sociologije ter omogoča aplikacijo tudi na tematsko diferencirana dela družboslovja, in sicer ravno zaradi paralele v zvezi z uprizarjanjem vlog v različnih vidikih družbene interakcije na vsakdanji ravni, kar je mogoče prenesti praktično na vsako področje, torej tudi področje medicine tu ni izvzeto. Naraščanje prisotnosti medicine v vsakdanu posameznika skozi historično perspektivo ter njen razvoj v enega ključnih področij se odraža tudi v vsakdanjem življenju člana moderne družbe, sploh, če upoštevamo (ikone) vrednote, ki osmišljajo objekte želja modernega človeka: varnost, telo in še posebej zdravje. Tovrstna percepcija omogoča razumevanje postopnega, a vedno intenzivnejšega procesa transformacije zdravnikov in terapevtov v največje zaveznike modernega človeka, kar ga postavlja v vse večjo odvisnost od moderne medicine na dnevni ravni, na čemer pravzaprav temelji proces afirmacije mašinerije, ki poganja proces medikalizacije družbe. Vseprisotnosti medicine v moderni družbi se pravzaprav ni mogoče izogniti, skoraj na vsakem koraku poteka boj za vernike 'nove' religije, ki ohranjanje zdravja dobesedno malikujejo. Nad tem 'samoumevnim' procesom bdi totalitarni režim zdravja (Armstrong v Ule et al., 2014: 49), ki usmerja masovno rekrutacijo ter posledično povečuje delež potrošnikov 'nove' ideologije. V dotičnem primeru termin potrošnik ni zaznamovan metaforično, kajti v nekaterih evropskih državah, recimo na Nizozemskem, Švedskem, v Zdru-

ženem Kraljestvu, prihaja do vse bolj uveljavljene implementacije izrazov potrošnik, uporabnik ali porabnik zdravstvenih storitev (Ule et al., 2014: 69) namesto rabe termina pacient, kar izhaja iz transformacije pacienta v aktivnejšega in zahtevnejšega uporabnika. Ne glede na pasivnost oziroma aktivnost populacije, le-ta predstavlja 'občinstvo' oziroma ciljno skupino določenim think tankom, trustom z marketinških, farmacevtskih, tehnoloških in drugih področij. Produkcija in distribucija mnoštva vsebin v povezavi z zdravim življenjskim slogom, nasveti za zdravo prehrano, neštetimi dietami, zdravili, ki eliminirajo vsako bolečino in težavo, nasveti za vzdrževanje fizične in psihične kondicije vpliva na indoktrinacijo zdravja non plus ultra. Razmerje med procesom omniprezentnosti medicine v vsakdanjem življenju modernega človeka ter naraščajočim pomenom zdravnikov in njihovega strokovnega mnenja se kaže v luči določanja okvirjev naše percepcije s strani le-teh, ne le na področju vprašanj, povezanih z medicino. Namesto naštevanja vseh področij, kjer se pojavljajo tovrstne 'zdrave' vsebine, kar bi brez težav preseglo obseg pričujočega eseja, se raje posvetimo kratkemu preseku recenziranih del ter njihovi komparativni analizi.

Skozi obravnavo samopredstavljanja v različnih vidikih družbenega življenja Goffman omogoča vpogled v vsakdanjo družbeno interakcijo skozi prizmo dramaturških prvin, kjer mu teater pravzaprav služi kot orodje za analizo vsakdanjega življenja, saj

uspešna uprizoritev tako gledaliških kot ostalih 'narejenih' likov bazira na implementaciji istih tehnik, s pomočjo katerih vsi ohranjamo svoje realne družbene situacije. Morda za recenzirano Goffmanovo delo ne bi bila ravno pravšnja oznaka znanstveno-literarna analiza samopredstavljanja, pa vendar gre za participacijo obeh zvrsti, ki se izvrstno dopolnjujeta. Morda gre iskati enega izmed razlogov za ohranjanje zanimanja bralcev za to Goffmanovo delo skozi čas tudi v pretanjenem avtorjevem slogu. Prva objava knjige sega v leto 1956, pa vendar njena aktualizacija v mnogokateri perspektivi ni potrebna. Trditev, da danes delo velja za anahronizem, bi bila torej neprimerna. Na nekaterih področjih lahko to delo z izpostavitvijo številnih konkretnih sistemskih ureditev in praks deluje tudi kot opomin na njihovo stagnacijo, na primer psihiatričnega zdravljenja, ki v nekaterih državah, tudi v Sloveniji, še ni dosegla potrebne celovite reorganizacije, ki bi to področje postavilo v leto 2015. Omemba dotičnega področja ni naključna, saj je bilo prav to področje predmet Goffmanovega večletnega raziskovanja, njegovi izsledki pa so bili zbrani v delu *Azili*.

Delo *Zdravje in medicina v tranziciji* pa predstavlja delo s področja sociologije zdravja, ki izpostavlja relevantnost vloge družbe pri konceptualizacijah zdravja kot družbenega fenomena ter medicine kot družbene vede. Pregled teoretskih izhodišč za analizo bolezni in zdravja, geneze njenega družbenega pomena skozi čas ter empiričnih izsledkov dolgo-

ročne raziskave razkriva zakoreninjenost zdravja in bolezni v porah družbene realnosti. Analiza omenjenih vidikov ne vključuje binarne argumentacije, temveč temelji na večplastnih perspektivah, teoretskih 'konglomeratih', pronicljivi kontekstualizaciji medicine, zdravja in bolezni znotraj diferenciranih zgodovinskih obdobj. Problematizacija medicine kot moderne institucije družbenega nadzora spada med dominante knjige, kjer je zgoraj omenjena teza argumentirana na način izpostavitve vloge medicine, ki je, z ozirom na njen velik vpliv na populacijo ter transformiranjem vedenjskih navad ljudi, dosegla trajni nadzor nad populacijo in realizirala razsvetljenski sen, po katerem ljudje dosežejo svobodo v relaciji do bolezni v totalitarnem režimu zdravja (Armstrong v Ule et al., 2014: 49). Pričujoče delo obravnava tudi odnose med deležniki znotraj medicine, pri čemer detajlna analiza relacije med zdravniki in pacienti omogoča vpogled v komunikacijske vzorce med skupinama ter vlogo komunikacije v procesu zdravljenja, ki je postavljena v samo jedro omenjenega odnosa. Ugotovitve empiričnih raziskav ponujajo temelj, na podlagi katerega poteka razčlemba procesa medikalizacije ter njenih razsežnosti znotraj evropskih držav. Posebnost pričujočega dela je tri desetletja trajajoča študija, ki ponuja poglobljeno refleksijo subjektivnih trendov zdravja v Sloveniji ter pregled družbenih dejavnikov, ki vplivajo na neenakost v zdravstveni obravnavi. Med drugimi skupnimi vidiki družbi obe recenzirani

deli tudi problematizacija marginalnega položaja določenih družbenih skupin, Goffmanov opus pa je tudi v splošnem pomembno zaznamovalo prevpraševanje družbenega obrobja, kar se je izkristaliziralo znotraj del *Azili in Stigma: Zapiski o upravljanju poškodovane identitete*.

Detajlni vpogled v zgoraj omenjeni deli, kljub njuni tematski diferenciaciji, torej omogoča izpostavitev številnih konceptualnih vozlišč. Eno izmed skupnih presečišč recenziranih del zadeva razumevanje družbenega pomena bolezni, ki predstavlja družbeno deviantnost od generalno uveljavljenih in sprejetih družbenih norm zdravja oziroma odklon od normativnih idealov normalnosti. Efekt družbene manifestacije bolezni se kaže znotraj družbenih odnosov, družbenih vlog ter družbenih aktivnosti posameznika. Percepcije zdravja in bolezni so odraz širšega dojemanja okolja in sveta znotraj določenega časa in prostora ter so del znanja o boleznih, telesnih simptomih in družbeni vlogi pacienta, kar gre vse pripisati kulturnemu kontekstu (Ule et al., 2014: 45). Signifikanten je premik bolezni od telesa in uma pacienta k družbenemu okolju, kamor so uvrščene problematike soočanja z boleznijo ter posledične transformacije ustaljenega načina življenja in določenih življenjskih praks. Talcott Parsons (v Ule et al., 2014: 68, 69) karakterizira bolezen kot splošno motnjo posameznikovih zmožnosti pri učinkovitem izvajanju družbenih vlog, kar zahteva pripisovanje ali celo predpisovanje specifične vloge posamezniku, in

sicer vloge pacienta, kar se udejanja v vpeljavi diferenciranega, omejenega statusa tega posameznika v družbi, z ozirom, da ne velja za učinkovitega člana družbe. Odsotnost nadzora tovrstnih stanj generira morebitno grožnjo družbenemu redu, potemtakem je, z namenom zaščite družbenega reda ter ohranjanja tovrstne deviantnosti pod nadzorom, elementarni moment prav dodelitev legitimne vloge pacienta posamezniku, kjer bolezen simbolizira prehodni status do ponovnega prevzema normalnih družbenih vlog. Goffmanova dela podeljujejo 'domicil' analizi vloge bolezni v procesu družbene zavrnitve oziroma izključitve, saj je na longitudinalni ravni obravnaval delovanje in vpliv totalnih ustanov tako glede na fizično kot osebno izključitev posameznikov iz vsakdanjega življenja. Kaj pravzaprav simbolizira termin totalnost v tem oziru? Totalnost se kaže znotraj regulativ dnevne rutine totalnih ustanov, ki na način vseobsegajoče, celostne oziroma totalne obravnave konstruirajo časovno razporeditev dneva in dejavnosti varovancev, ki so izločeni iz širše družbe za (ne)določeno časovno obdobje (Goffman, 1961: 11). Vrsta bolezni določa stopnjo izključitve posameznika iz vsakdanjega življenja. Za nekatere bolezni je predvidena popolna družbena izključitev, za druge bolezni pa njene blažje oblike. Morebitna nevarnost oslabitve motivacije v delovnem procesu vpliva na potrebnost izolacije 'motečega elementa' in njegovo odstranitev stran od zdravih ljudi. Odstranitev ni potrebna toliko zaradi zdravstvenih

kot zaradi družbenih razlogov, kar je povezano s potencialno družbeno kontaminacijo zdravih ljudi. Družbeni vidik bolezni je Goffman (2014: 29) prepoznal tudi v tako imenovanem procesu družbenega okrevanja, s katerim poimenuje stanje hospitaliziranih v psihiatričnih bolnišnicah, ki so pogosto odpuščeni iz bolnišnične oskrbe, ker osvojijo načine zadrževanja simptomov v sebi oziroma prikrivanja simptomov pred okolico.

Medicina ugotavlja odstopanja od 'normale', njen družbeni uspeh pa predstavlja prav njen razvoj v ključnega arbitra pri določanju meja med zdravim in bolnim (Friedson v Ule et al., 2014: 47). Tovrstno razlikovanje med normalnim in patološkim bazira na družbenih klasifikacijah in ocenah, ki generirajo tudi sam položaj medicine v družbi. Medicina poseduje visok moralni ugled v modernih družbah, na kar kaže tudi porast prestiža določenega predloga ob njegovem posredovanju z implementacijo medicinske terminologije ali v primeru podpore oziroma promocije s strani medicinske stroke (Ule et al., 2014: 51–52). Pogled medicine torej izraža družbeno relevantnost in poseduje znatno družbeno avtoriteto, kar je vidno tudi pri upoštevanju in sprejemanju argumentov medicine s strani javnosti pri odločanju o etičnih vprašanjih, povezanih z medicino. Geneza družbene moči medicine se nanaša na ezoteričnost medicinskega znanja, pri čemer manjša dostopnost določenega znanja javnosti predstavlja limitiranost znanja na ozek krog poznavalcev, kar potencira moč strokovnja-

kov s tega področja. Ravno znanje, večšine ter izkušnje zdravnikov osmišljajo elitizem medicine, vendar se s porastom tehničnosti medicine krčita njena ekskluzivnost in prestiž zaradi rutinizacije in reprodukcije le-te (Coburn in Willis v Ule et al., 2014: 11).

Zdravje je elementarna vrednota modernih družb. Posledično posedujejo zdravniki ekskluzivno moč, k čemur pripomore tudi njihov dostop do 'rešiteljev' modernega človeka: zdravil. Funkcionalistični pogled vidi medicinsko profesijo kot institucijo, ki opravlja specifične funkcije za blaginjo ljudi; člane teh institucij pa kot posameznike, ki so upravičeni do visokega družbenega statusa zaradi dolgoletnega izobraževanja in visoke ravnj ekspertize. Na tovrstno obravnavo zdravnikov kažejo tudi izsledki raziskave javnega mnenja, ki je bila opravljena v Sloveniji, in po katerih zdravniki zasedajo najvišje mesto na hierarhični lestvici poklicev. Podatki dolgoročne študije, ki je bila izvedena v obdobju med leti 1968 in 2013, kažejo na najvišje rangiranje zdravniške profesije izmed vseh danih poklicev oziroma na dojemanje prestižnosti zdravniškega poklica (Ule et al., 2014: 54–55). Tudi Goffman (2014: 73) izpostavi visoko vrednotenje zdravniškega statusa ter zdravnika prepoznava kot nastopajočega v vlogi nekoga, čigar status velja za nekaj svetega. Zdravnik, ki projicira (projicira) določeno definicijo situacije in s tem implicitno ali eksplicitno zatrjuje, da je oseba te vrste, od drugih zahteva, da ga cenijo in obravnavajo na način, do katerega so upravičeni

zdravniki. Vzbujanje in ohranjanje spoštovanja pri pacientih poteka prek vzdrževanja družbene distance s strani zdravnikov (Cooley v Goffman, 2014: 81), na kar se pacienti odzivajo na način spoštljivega obnašanja do posvečene integritete, ki je predpisana akterju (Goffman, 2014: 82). Pacienti tako družbeni status zdravnika potrjujejo prek implementacije splošno uveljavljenih načel obravnave, ki so predmet longitudinalne družbene konstrukcije. Obstaja tudi korelacija med pripadnostjo posameznemu družbenemu statusu ali profesiji ter specifičnimi načini izražanja, ki pritičejo navadam posamezne skupine oziroma družbenemu statusu (Goffman, 2014: 15–21), četudi recimo posamezni zdravnik morda sploh ni naklonjen produkciji natančno načrtovanih vtisov, ki se od njega pričakuje. Predstavljanje idealizirane ga vidika posameznikovega sebstva je vidno tudi znotraj različnih poklicev in razredov, ki do neke mere delujejo na podlagi implementacije določenega žargona ali drža, ki ju pripadniki določenega poklica ali razreda sicer privzamejo večinoma nezavedno (Cooley v Goffman, 2014: 46). Kulturne konfiguracije primernih načinov obnašanja torej narekujejo osebi določene vrste vzdrževanje standardov vedenja in videza, ki jih tej vrsti ljudi pripisuje njena družbena skupina, pravzaprav je predstavljanje samopodobe posameznika glede na njegovo statusno umeščenost vsakdana praksa. Poleg posedovanja potrebnih atributov osebe določene vrste je potrebno upoštevanje uveljav-

ljenih norm vedenja, kar vselej velja za nekaj, kar je potrebno storiti (Goffman, 2014: 89). Profesionalna etiketa na primer zdravnika vključuje celoto ritualov z namenom ohranjanja ustaljene maske omenjene profesije pred pacienti (Hughes v Goffman, 2014: 105). Masko prevzema opredeljevanje situacije za opazovalce določenega nastopa in zaobjema standardizirane mehanizme izrazne opreme, katero si posameznik nadene med nastopanjem, predstavlja pa tudi predmet njegove (ne)namerne rabe, kamor sodijo insignije, oblačila, spol, starost, rasne poteze, postava, videz, telesna drža, govorni vzorci, telesni gibi ter drugi. Družbene maske delujejo na principu sprožanja abstraktnih stereotipnih pričakovanj, prisvojijo si pomen in stabilnost brez povezave z določenimi funkcijami, ki se v imenu neke maske opravljajo v določenem trenutku. Kot pravi Goffman (2014: 38) "*maska tako postane "kolektivna reprezentacija" in avtonomno dejstvo*". Tako kot za druge poklicne skupine obstaja tudi za vlogo zdravnika uveljavljena maska, ki jo mora nositi, opravljati pa mora tudi naloge, ki so z njo povezane, čeprav sama maska ni v korelaciji z izvrševanjem določenih nalog zdravnika v nekem trenutku. Stereotipna pričakovanja pacientov v zvezi z vlogo zdravnika ponujajo vpogled v odnos med njima, prav tako odstirajo pogled na raven aktivnosti oziroma pasivnosti pacientov znotraj omenjene relacije. Zdravniki projicirajo določeno definicijo situacije v navzočnosti opazovalcev, za katere se zdi, da je

njihova vloga pasivna, ampak ti prav tako projicirajo neko definicijo te situacije že s svojim odzivanjem na zdravnika in z množtvom dejanj v odnosu do njega (Goffman, 2014: 17). Diferencirane karakteristike razmerij med pacientom in zdravnikom so detaljno obravnavane v delu *Zdravje in medicina v tranziciji*, kjer so predstavljenе tendence v smeri enakovrednejšega odnosa med zdravniki in pacienti ter limitacije moči medicine in njene dominancje. Vlogi pacienta in zdravnika sta bili vzpostavljeni znotraj diskurza medicine in praks, ki so odvisne od ohranjanja položaja strokovnjaka s strani zdravnikov. Izziivi pred medicinsko ekspertizo ter poskusi uravnoteženja moči med zdravniki in pacienti bodo domnevno vplivali tudi na spodkopavanje vloge in poslanstva medicine. V modernem obdobju prakticanja medicine se razčlemba odnosa med zdravnikom in pacientom kaže v obstoju treh glavnih modelov, ki se razlikujejo glede na razmerje moči, in sicer paternalistični, pogodbeni in partnerski model (Wolff v Ule et al., 2014: 59). Paternalistični model v razmerju med zdravnikom in pacientom temelji na pretežno pasivni vlogi pacienta ter njegovem zaupanju v specifično vlogo in moč zdravnikov. Splošno uveljavljeno zaupanje pacienta v zdravnika se po Parsons (1978) nanaša na obstoj razlike v kompetentnosti med laikom in strokovnjakom, kajti laični javnosti je onemogočeno celostno razumevanje strokovnega dela zdravnikov, kar posledično privede do ohranjanja določene ravni zaupanja

in potrjevanja kompetentnosti zdravnikov. Predpogoj za zaupanje med omenjenima skupinama vključuje obstoj skupnih vrednot in ciljev glede zdravljenja. V splošnem pa je koncept zaupanja povezan s prihodnostjo in tveganjem, saj predstavlja pričakovanje ali rešitev za specifični problem tveganja (Luhmann, 1988). Zaupanje je mogoče samo v situacijah, ko je potencialna škoda lahko večja od koristi (Deutch, 1962: 302). Kljub diametralnim definicijam obstaja določena stopnja soglasja glede temeljnega pomena zaupanja, ki je potrebno in se zgodi, če akterji (tako imenovani zaupniki) ne morejo ali ne želijo nadzorovati dejanja drugih akterjev, toda pričakujejo določena dejanja od 'skrbnikov' (tako imenovanih zaupancev). Razlogi za obstoj zaupanja zadevajo družbeno kompleksnost dogodkov v družbeni konstelaciji, kjer se, tudi zaradi nezmožnosti popolnega nadzora nad dogodki, pojavlja potreba po razvoju pričakovanj o izidu dogodkov in o učinku družbenih dejanj. Zaupanje torej velja za esencialno orodje, ki omogoča delovanje družbe (Quandt, 2012), posledično pa predstavlja enega krovnih elementov tudi znotraj medicine in družbene interakcije na tem področju. Raven zaupanja v zdravnika s strani pasivnega pacienta, ki zdravniku izkazuje brezpogojno zaupanje, se bistveno razlikuje od stopnje zaupanja v zdravnika pri aktivnem pacientu, pri katerem je stopnja zaupanja rezultat kritičnega pogleda in ocene zdravnika s strani pacienta. S širjenjem znanja s področja medicine

med laično javnostjo ter z zviševanjem izobraženosti populacije in splošne kulturne ravni je v porastu težnja po enakopravnejšem odnosu med zdravnikom in pacientom, ki ga osmišljata pogodbeni in partnerski model. Paternalistični model torej ne predstavlja več dominantnega in splošno sprejetega modela v povezavi z razmerjem med zdravnikom in pacienti. V splošnem je pri pacientih v porastu vse večja zahtevnost do zdravnikov, vedenje z ozirom na boleznim in potencialna tveganja zdravljenja s posameznimi metodami, avtonomnost pri izboru zdravnika, ki bi pacientu zagotovil enakovreden položaj v njunem odnosu, kar pravzaprav osmišlja partnerski model odnosa med zdravnikom in pacienti. Prevladujoči normativni model v evropskih državah v zvezi z odnosom med zdravnikom in pacientom je torej partnerski model, kjer gre izpostaviti binarnost med paternalističnim in partnerskim modelom, ki deluje na principu kooperacije med aktivnim pacientom in izkušnim zdravnikom v smeri končnega cilja, to je zdravja in dobrega počutja (Ule et al., 2014: 59–62). Znotraj konteksta stremjenja k omenjenemu cilju poseduje elementarno vlogo komunikacija, in sicer kot orodje zdravljenja, še posebej pa v odnosu do zaupanja, ki predstavlja jedro komunikacije med zdravnikom in pacientom (Ule et al., 2014: 13).

Motiv slehernega akterja vključuje ustvarjanje ugodne klime za doseganje zaupanja v vlogo, ki jo predstavlja v dani situaciji, in sicer prek nadzorovanega izražanja vtisov o samem sebi

ter motiviranja vsakokratnih partnerjev, da sprejmejo definicijo situacije, ki jo hote ali nehote ponuja soakterjem. Zdravnik poskuša med nastopom, ki označuje vse dejavnosti med njegovo navzočnostjo pred opazovalci, bodisi pred pacienti, medicinskimi sestrami, ostalimi zdravniki, nadrejenimi, sporočiti vtise o sebi v vlogi zdravnika. Četudi izvajalci prenehajo s posredovanjem 'izrazov', je 'izključitev' sporočanja le teh nemogoče doseči (Goffman, 2014: 123), tudi zaradi nezavednega oddajanja informacij o sebi navzven, pri čemer je v tem primeru interakcijskim parterjem omogočen dostop do določenih ozadij, s katerimi niti sam akter ni seznanjen. Nastopi akterjev ponujajo vpogled v skupni okvir vrednot družbe, v kateri potekajo, kar pomeni, da je nastopanje mogoče interpretirati kot obred, kot ekspresivno obnavljanje in konstantno potrjevanje moralnih vrednot skupnosti (Goffman, 2014: 47). V skladu z Goffmanovo analizo družbene interakcije bi v ospredje nastopa, na primer zdravnika družinske medicine pred pacientom v zdravniški ordinaciji, sodilo predstavljanje nastopa oziroma način projiciranja vtisov o sebi v vlogi zdravnika, pri čemer bi v konkretnem primeru 'proscenij' vključeval obnašanje zdravnika v njegovi vlogi; ozadje oziroma zakulisje pa bi temeljilo na pripravi na uprizarjanje nastopa, kar predstavlja recimo nadevanje zdravniške halje v predprostoru pred vstopom v ordinacijo, priprava potrebnih pripomočkov za pregled pacienta ter miselna priprava zdravnika na ponovno nastopanje

oziroma na vstop naslednjega pacienta. Vloge zdravnika in zdravstvenega osebja na splošno so v večji meri vpete v normiran sistem uradne interakcije. Svarilo pred vstopom pacienta ali druge osebe v zdravniško ordinacijo, ki se kaže v primeru trkanja, gre prištevati med zaščitne tehnike, ki vključujejo zaščitniško delovanje opazovalcev in obstrancev z namenom pripomoči k rešitvi predstave izvajalcev na način, da je zdravniku omogočena odložitev vstopa, hitra ureditev okolja ter potrební čas za spremembo izraza na njegovem obrazu v izraz, ki je primeren za sprejem pacienta ali druge osebe v ordinacijo. Ta vmesni čas med odhodom enega in prihodom drugega pacienta po Goffmanu simbolizira območje sebstva ter omogoča zdravniku posedovanje določenega nadzora nad tem območjem in ohranjanjem njegove zasebnosti znotraj omenjenega območja sebstva. Nadzor nad okoljem predstavlja v primeru družbene interakcije prednost, saj v ožjem smislu omogoči zdravniku ali tudi ekipi zdravnikov vpeljavo strateških sredstev za označevanje informacij, ki jih je občinstvo sposobno pridobiti (Goffman, 2014: 108), posledično se pacientom nemalokrat zaradi parcialnih interesov, prikrivanja morebitnih napak odstira pogled na nekatere zadeve, ki bi bile zanje relevantne, kar kaže na nadzor zdravnikom nad okoljem, v katerem delujejo. V skladu s projiciranjem idealiziranih standardov s strani zdravnika mora dejanja, dejstva, razloge, ki ne pričajo o inkorporaciji tovrstnih standardov

oziroma, ki niso združljivi z idealizirano verzijo njegovega sebstva, opustiti ali prikriti (Goffman, 2014: 53), saj bi razkritje napak omogočilo oblikovanje diferenciranega uvida v akterja od želenega. V 18. stoletju je na primer špital postal učna baza za zdravnike pripravnike, kjer so napake, zaradi onemogočene pravice pacientov do pritožbe, lahko ostale skrite za zidovi ustanov (Flaker, 1998: 85). Na ta način se ohranja vtis nezmotljivosti, ki je tako pomemben za številne raznovrstne predstavitve, ne le na področju medicine.

V širšem smislu pa nadzor nad okoljem generira občutek varnosti za nadzorujočo ekipo. Na ta način lahko zdravnik uspešno projicira določeno definicijo situacije ter vpliva na njeno sprejemanje, za kar si prizadevajo vsi zdravniki oziroma akterji v splošnem. Ohranjanje ene skupne definicije situacije velja za enega izmed esencialnih okvirjev, znotraj katerih poteka sodelovanje zdravnikov, kjer ni v ospredju resnično soglasje glede dogajanja, temveč gre za strinjanje glede začasnega spoštovanja določenih pogledov nekaterih oseb. Običajno smo ob javni ali zasebni izpostavitvi določenega primera zdravniške obravnave priča poenotenju nastopa zdravniške stroke, kar omogoča tudi interna uskladitev njihovih interesov glede določene zadeve ter soglasje glede izogibanja nasprotujočim si definicijam situacije (Goffman, 2014: 18), kar je vidno tudi pri argumentaciji prikrivanja zdravniških napak s strani zdravnikov, ki, generalno gledano, delujejo v skladu

s splošno uveljavljenimi načeli retorike medicine. Če za referenčni primer vzamemo retoriko medicine (Burke v Goffman, 2014: 183) v povezavi z uprizarjanjem medicinskih predstav s pomočjo medicinske opreme v zdravniški ordinaciji, nam sociološki uvid omogoča vpogled v funkcionalnost tovrstne opreme. Poleg diagnostične uporabnosti, nosi medicinska oprema določeno funkcijo tudi v retoriki medicine, ki projicira določeno definicijo situacije. Čeprav se z detajlnim opazovanjem, preiskovanjem s pomočjo različnih naprav za pacienta morda ni storilo nič oprijemljivega, bo ta po pregledu morebiti izražal zadovoljstvo v povezavi s participacijo v teatralnem dejanju za razliko od njegove percepcije v primeru, da ne bi bil deležen tovrstne obravnave. Med razloge za omenjeno dožemanje s strani pacienta gre prištevati tudi moč medicinske profesije, ki temelji na elitistični naravi strokovnega znanja, ki ni v zadostni meri razširjeno med laično javnostjo.

LITERATURA

- Deutsch, Morton (1962): Cooperation and trust: Some theoretical notes. V John R. Marshall (ur.), Nebraska symposium on motivation, 275–319. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Flaker, Vito (1998): Odpiranje norosti: vzpon in padec totalnih ustanov. Ljubljana: Založba / *cf.
- Goffman, Erving (1961): Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates. Garden City, New York: Anchor Books, Doubleday & Company, Inc.
- Goffman, Erving (1977): The Arrangement Between the Sexes. *Theory and Society* 4 (3): 301–332.
- Luhman, Niklas (1988): Familiarity, confidence, trust: problems and alternatives V Diego Gambetta (ur.), *Trust: Making and Breaking of Cooperative Relations*, 94–107. Oxford: Blackwell.
- Parsons, Talcott (1978): *Action Theory and the Human Condition*. New York: Free Press.
- Quandt, Thorsten (2012): What's left of trust in a network society? An evolutionary model and critical discussion of trust and societal communication. *European Journal of Communication*. 27 (1): 7–21. Dostopno preko <http://ejc.sagepub.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/content/27/1/7.full.pdf+html>, 10. 5. 2015.

Metka KUHAR

Fakulteta za družbene vede,
Univerza v Ljubljani

Peter Levine, Ann Frederick

Kako prebuditi tigra:

Zdravljenj travm

Založba VBZ, Ljubljana 2015,

202 strani, 25.90 EUR

(ISBN 978-961-6468-81-7)

Ravno ko pišem to recenzijo, poteka na Danskem prva evropska konferenca o somatskem doživljanju (od 4. do 6. junij 2015), metodi zdravljenja travm, ki jo je razvil in utemeljil Peter Levine. Skupaj z Ann Frederick je že leta 1997 izdal knjigo *Waking the Tiger: Healing Trauma* (založba North Atlantic Books). Slovenke in Slovenci smo šele letos dobili prevod