

**UNIVERZA V LJUBLJANI  
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE**

**Romana Pahor**

**MEDIJSKA NOROST:  
MEDIJSKE REPREZENTACIJE DUŠEVNIH BOLNIKOV**

**Diplomsko delo**

**Ljubljana 2007**

**UNIVERZA V LJUBLJANI  
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE**

**Romana Pahor**

**Mentorica: doc. dr. Bašić Hrvatina Sandra  
Somentorica: red. prof. dr. Zaviršek Darja**

**MEDIJSKA NOROST:  
MEDIJSKE REPREZENTACIJE DUŠEVNIH BOLNIKOV**

**Diplomsko delo**

**Ljubljana 2007**

*Hvala vsem, ki ste kakor koli prispevali k nastanku pričujočega dela, in s tem k mojemu vstopu v »odrasli svet«. Hvala, ker ste mi dali mir, ko sem ga potrebovala, in me priganjali, ko sem izumljala »toplo vodo«.*

*Posebno zahvalo bi namenila družini, ki me je podpirala vsa leta študija in odraščanja. Hvala sestri Timiji, ki mi je z besedami »Romana, naj bo besedam ozko, a mislim prostrano« vedno znova pomagala usmerjati tok ustvarjalnih misli.*

*Posebna zahvala gre tudi dr. Zoranu Milivojeviću, ki je verjel, da bom nekoč odrasla, in meni osebno, da sem tudi tokrat svojo odločitev speljala do konca.*

*Zahvaljujem se tudi mentorici in somentorici, ki sta sprejeli tematiko diplomskega dela in mi s svojim znanjem in napotki pomagali predelati problematiko pričujočega dela.*

## MEDIJSKA NOROST: MEDIJSKE REPREZENTACIJE DUŠEVNIH BOLNIKOV

Pri razumevanju, označevanju in upodabljanju oseb s težavami v duševnem zdravju kot duševnih bolnikov se pojavljajo številni problemi: stigmatizacija in diskriminacija, nenatančni opisi duševnih motenj, napačna raba psihiatričnih pojmov, poudarjanje bolezni in motenj namesto osebe, pogosta uporaba slenga in komične upodobitve oseb s težavami v duševnem zdravju. Te osebe so na podlagi družbeno-zgodovinskega konteksta v medijih prikazane kot bistveno drugačne od drugih in kot nevarne ter nasilne. S pomočjo predstavitve družbeno-zgodovinskega konteksta in razlogov prikazovanja oseb s težavami v duševnem zdravju kot norcev in duševnih bolnikov, ugotavljam, da je duševni bolnik tako medijski konstrukt kot medijski produkt in da medijske reprezentacije vplivajo na odnos do oseb s težavami v duševnem zdravju. K natančnejšim in pozitivnejšim medijskim reprezentacijam oseb s težavami v duševnem zdravju in s tem k boljšemu odnosu do njih bi lahko pripomogli tako ustvarjalci medijskih vsebin kot tudi organizacije, ki se ukvarjajo s problematiko oseb s težavami v duševnem zdravju.

Ključne besede: duševni bolnik, duševna motnja, stigma, medijske reprezentacije.

## MEDIA MADNESS: MEDIA REPRESENTATIONS OF THE MENTALLY ILL

Understanding, significations and representations of people with difficulties in mental health as mentally ill patients present following problems: stigmatisation and discrimination of people with difficulties in mental health, inaccurate depictions of mental disorders, inaccurate use of psychiatric labels, emphasizing the disease instead of the person, frequent use of slang language in referring to people with difficulties in mental health and comic representations of them. The media present people with difficulties in mental health as fundamentally different from others as well as dangerous and violent on the basis of social and historical background, which leads me to ascertain, that mentally ill patient presented in the media is only a concept and a product created by the media. Media representations have influence on the attitude toward people with difficulties in mental health and only the media and organisations for people with difficulties in mental health together can achieve more accurate and positive representations of people with difficulties in mental health and better attitudes toward them.

Key words: mentally ill patient, mental disorder, stigma, media representations.

## KAZALO

1. UVOD .....	7
2. DUŠEVNI BOLNIK SKOZI ČAS: družbeno-zgodovinski razvoj od norca do osebe s težavami v duševnem zdravju.....	10
2.1 Religiozno verovanje v norost .....	12
2.2 Družbeno zapiranje norcev: od norca k duševnemu bolniku .....	13
2.3 Razvoj psihiatrične znanosti.....	17
2.3.1 Bolnišnična psihiatrija.....	18
2.3.2 Diagnostična psihiatrija .....	22
2.4 Celostno psihosocialno obravnavanje oseb s težavami v duševnem zdravju in duševno zdravje .....	26
3. OZNAČEVANJE, REPREZENTACIJA IN DISKURZ: ustvarjanje in udejanjanje pomena in vednosti .....	34
3.1 Ustvarjanje in udejanjanje pomena .....	34
3.2 Ustvarjanje in udejanjanje vednosti: verovanje in vedenje .....	40
4. STIGMATIZACIJA OSEB S TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU.....	43
4.1 Izvor in splošna opredelite stigme: stigma kot družbeni konstrukt.....	43
4.2 Odražanje stigmatizacije oseb s težavami v duševnem zdravju v realnosti: predsodki, stereotipi in diskriminacije.....	45
5. MEDIJSKE REPREZENTACIJE OSEB S TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU KOT DUŠEVNIH BOLNIKOV .....	49
5.1 Štirje najpogostejši problemi v medijskem obravnavanju duševnih bolnikov in duševnih motenj.....	50
5.1.1 Netočni opisi duševnih motenj in napačna raba psihiatričnih pojmov..	50
5.1.2 Poudarjanje bolezni in motenj, ne človeka .....	51
5.1.3 Uporaba slenga pri obravnavanju duševnih motenj in oseb s težavami v duševnem zdravju .....	53
5.1.4 Komične upodobitve duševnih bolnikov .....	54
5.2 Drugačnost in drugost duševnih bolnikov kot tipična medijska reprezentacija duševnih bolnikov .....	55
5.3 Nevarnost in nasilnost duševnih bolnikov kot tipična medijska reprezentacija duševnih bolnikov .....	60

5.4	Drugačnost in drugost, nevarnost in nasilje duševnih bolnikov: mit ali resnica? .....	63
5.5	Zgodovinski kontekst in dobičkonosnost: razloga za ohranjanje mita drugačnosti in nevarnosti duševnih bolnikov.....	69
5.6	Vpliv medijskih reprezentacij na odnos do oseb s težavami v duševnem zdravju .....	71
6.	SKLEP.....	74
7.	PRIROČNIK .....	77
7.1	Priročnik za medijsko upodabljanje oseb s težavami v duševnem zdravju. 77	
7.2	Priročnik za komuniciranje o duševnem zdravju, duševnih motnjah in osebah s težavami v duševnem zdravju .....	78
8.	PREDLOGI MEDIJSKIH OGLASOV .....	80
9.	LITERATURA IN VIRI.....	85
9.1	Literatura .....	85
9.2	Medmrežje in ostali viri.....	86

# 1. UVOD

V pričujočem diplomskem delu bom v tematskih sklopih obdelala problematiko medijskih reprezentacij oseb s težavami v duševnem zdravju. Za to temo sem se odločila zaradi osebnega zanimanja za omenjeno problematiko in na podlagi spremljanja medijskih vsebin ter prebiranja literature na to temo, pri čemer sem ugotavljala, ali se ta tematika pojavlja v medijih, na kakšen način se pojavlja in kako so predstavljene osebe s težavami v duševnem zdravju. Poleg tega sem se spraševala, ali medijske reprezentacije vplivajo tudi na odnos do tistega, ki je v njih predstavljen, in kako se ta odnos udejanja v realnosti.

Iz množice možnih poimenovanj posameznika, ki se sooča z duševno boleznijo, motnjo ali stisko, sem se odločila, da te osebe v svojem delu poimenujem osebe s težavami v duševnem zdravju, saj je tako poimenovanje pozitivno, spoštljivo do osebe, na katero se nanaša, in daje poudarek na osebo samo, in ne na težave, s katerimi se sooča. To poimenovanje se nanaša tako na opredelitev duševnega zdravja Svetovne zdravstvene organizacije, kar bomo videli v poglavju o duševnem zdravju, kot na realne primere oseb s težavami v duševnem zdravju, ki sem jih našla v navedeni literaturi. Zaradi mnogih različnih opredeljevanj subjekta preučevanja v različnih zgodovinskih obdobjih, kot na primer norca, duševnega bolnika, osebe z duševno boleznijo ali motnjo in osebe s težavami v duševnem zdravju, in zaradi tega, ker avtorji izbrane literature, glede na različne poglede na to problematiko, različno poimenujejo osebe s težavami v duševnem zdravju, sem mnenja, da sedanje družbeno in medijsko stanje na področju duševnega zdravja zahteva novo korektno poimenovanje posameznikov, ki se srečujejo tako z duševnimi težavami kot družbenimi problemi, ki izhajajo iz teh težav. S prikazom razvoja osebe s težavami v duševnim zdravju skozi različna poimenovanja, s katerimi se proizvaja vednost o duševnih boleznih in znanost psihiatrije, bom predstavila norca in duševnega bolnika kot sredstvo vzpostavljanja in zagotavljanja družbenega reda in hierarhije ter sredstvo utrjevanja moči »normalnih«. Kot »normalne« bom v svojem delu označila tiste osebe, ki ustrezajo družbeno konstruirani »normalnosti«, torej tistim obnašanjem in vrednotam, ki jih družba razume in sprejema kot »normalne«.

V pričujočem delu bom opredelila nekatere definicije duševnih bolezni in motenj, saj prav duševne bolezni in motnje opredeljujejo osebo s težavami v duševnem zdravju in vodijo njeno življenje skozi stigmatizirajočo družbo. Iz netočnega in napačnega predstavljanja duševnih bolezni in motenj izhaja tudi netočno in napačno medijsko predstavljanje oseb s težavami v duševnem zdravju. Za označitev duševnih bolezni, stisk, motenj in težav bom uporabljala izraz duševne motnje. Izraz duševne bolezni bom uporabljala izključno v kontekstu zgodovinskega, torej religioznega in preteklega družbenega opisa bolezni, ko so duševne motnje bile sprejete kot bolezni, in pa v okviru medijskega poročanja o njih, saj jih mediji pogostokrat predstavljajo zgolj kot bolezni. V primeru navajanja del različnih avtorjev bom duševno motnjo navedla oziroma prevedla, kot jo je navedel avtor.

Ker menim, da se oseba s težavami v duševnem zdravju poleg duševne motnje sooča tudi z »družbenimi motnjami«, ki so pogostokrat lahko bolj težavne kot duševna motnja sama, bom predstavila tudi te motnje. Duševna motnja je motnja zdravstvene narave, stigma, s katero se sooča posameznik s težavami v duševnem zdravju, pa je po mojem mnenju motnja družbene narave. Iz stigme sledijo številne druge »družbene motnje«, ki opredeljujejo osebo s težavami v duševnem zdravju, kot na primer stereotipi, predsodki in diskriminacije. Duševna motnja kot zgodovinski, družbeni in medijski konstrukt torej ne nastaja zgolj v telesu človeka, ampak tudi zunaj njega, skozi oči tistega, ki ga označuje s stigmo drugega, drugačnega, čudnega, bolnega, nenormalnega, nevarnega, nasilnega ali nepredvidljivega. V diplomski nalogi bom predstavila svoje mnenje, da stigma, s katero se soočajo osebe s težavami v duševnem zdravju, izhaja iz družbeno ustvarjenih razlik med zaželenimi in nezaželenimi človeškimi značilnostmi, s katerimi družba že stoletja ohranja red in nadzor nad svojimi člani.

Poleg stigme se ljudje s težavami v duševnem zdravju soočajo tudi z negativnimi medijskimi reprezentacijami, ki jih bom predstavila v poglavju o medijskih reprezentacijah duševnih bolnikov. Za razumevanje medijskih reprezentacij bom najprej predstavila pojme, povezane z medijskimi reprezentacijami, in s pomočjo teh pojmov utemeljila nastanek in pomen medijskih reprezentacij. S pomočjo literature in v njej omenjenih raziskav bom predstavila, kako mediji upodabljajo predvsem negativne podobe in stereotipe oseb s težavami v duševnem zdravju, kako so ljudje s



težavami v duševnem zdravju prikazani kot posebna vrsta in kot izrazito poseben razred ljudi, ki jih primarno, če ne že izključno, označuje motnja, za katero trpijo. Portretiranje ljudi s težavami v duševnem zdravju kot duševnih bolnikov, shizofrenikov in psihičev po mojem mnenju spodbuja ljudi k temu, da jih kot take tudi vidijo, da jih torej vidijo le v smislu njihove drugačnosti, saj je pri takem portretiranju poudarjena bolezen in ne človek. Ker menim, da je ideja, da so ljudje s težavami v duševnem zdravju po videzu in obnašanju bistveno drugačni od ostalih ljudi, in poleg tega tudi nevarni in nasilni, v množičnih medijih zelo prisotna in dobro usidrana, bom v poglavju o medijskih reprezentacijah duševnih bolnikov predstavila tipičnega medijskega predstavnika osebe s težavami v duševnem zdravju oziroma duševnega bolnika, kot ga imenujejo mediji. Predstavila bom tudi netočne in družbeno-zgodovinsko konstruirane medijske reprezentacije duševnih bolnikov in duševnih bolezni, različne motive in razloge za enoznačno upodabljanje oseb s težavami v duševnem zdravju kot duševnih bolnikov, ki so drugačni, nevarni, nasilni in nepredvidljivi. Poleg tega bom ugotavljala, ali medijske upodobitve vplivajo na odnos javnosti do oseb s težavami v duševnem zdravju in kakšen je ta vpliv. Ker je problematika duševnih motenj in oseb s težavami v duševnem zdravju vpeta v širši zgodovinski, družbeni in kulturni kontekst, ki pa ga medijske reprezentacije ne upodabljajo in ne razlagajo, duševni bolnik postane medijski konstrukt in medijski produkt, kar bomo spoznali v nadaljevanju. Medijske reprezentacije osebo s težavami v duševnem zdravju namreč vzamejo iz širšega konteksta in jo predstavijo kot duševnega bolnika, ki ima določene lastnosti in se obnaša na določen način.

Medijske reprezentacije pogostokrat sledijo starim družbeno-zgodovinskim konceptom duševnih motenj in oseb s težavami v duševnem zdravju. Pojmovanja bolezni in zdravja so v tem desetletju dobila nove komponente in nove pomene, katerim bi morale slediti tudi medijske reprezentacije oseb s težavami v duševnem zdravju. Zato bom v zadnjih dveh poglavjih v priročniku zajela osnovna vodila za medijsko poročanje o osebah s težavami v duševnem zdravju in osnovna vodila za posredovanje teh informacij s strani oseb s težavami v duševnem zdravju in organizacij, ki se s tem ukvarjajo. Poleg tega bom predlagala osnutke medijskih oglasov, ki bi po mojem mnenju lahko prispevali k pozitivnejšim in bolj realnim medijskim reprezentacijam oseb s težavami v duševnem zdravju.

## **2. DUŠEVNI BOLNIK SKOZI ČAS: družbeno-zgodovinski razvoj od norca do osebe s težavami v duševnem zdravju**

V tem poglavju bom s pomočjo družbeno-zgodovinskega konteksta opredelila pojme norosti in norca, duševnih bolezni in duševnih bolnikov, duševnih motenj in oseb z duševnimi boleznimi ali motnjami ter duševnega zdravja in oseb s težavami v duševnem zdravju, saj je po mojem mnenju prav družbeno-zgodovinski kontekst bistveno pripomogel k današnjim medijskim reprezentacijam oseb s težavami v duševnem zdravju kot duševnih bolnikov ali celo norcev.

Družbeno-zgodovinski pregled obravnavanja različnih naravnih in družbenih pojavov in njihovih subjektov prikaže zgodovinski prehod norca v duševnega bolnika, prehod duševnega bolnika v osebo z duševno boleznijo ali motnjo in prehod osebe z duševno boleznijo ali motnjo v osebo s težavami v duševnem zdravju in istočasen prehod norosti v duševno bolezen, duševne bolezni v duševne motnje in ne nazadnje prehod od poudarjanja duševnih motenj v izrazih za označevanje oseb s težavami v duševnem zdravju k poudarjanju pomembnosti duševnega zdravja in opredeljevanju motenj kot zgolj težav v duševnem zdravju.

Pri opredeljevanju osnovnih pojmov in umeščanju teh pojmov v družbeno-zgodovinski kontekst moramo razumeti, da ima vsak kontekst svoj prav in da ima obravnavanje oseb s težavami v duševnem zdravju kot norcev, duševnih bolnikov in oseb z duševno motnjo ali boleznijo svojo vrednost, ki je tudi družbeno in zgodovinsko utemeljena z zakonitostmi, ki so veljale v določenem zgodovinskem obdobju. Označevanje in obravnavanje norcev, duševnih bolnikov in oseb z duševno boleznijo ali motnjo kot družbeno-zgodovinskih pojavov ustreza obdobju, v katerem je ustvarjeno. Ustreza družbeni logiki, ideologiji in zdravemu razumu obdobja in je zato, po mojem mnenju, edino primerno in veljavno označevanje in obravnavanje naštetih družbenih pojavov. Če se družbeno-zgodovinska pojmovanja norcev in norosti, duševnih bolnikov in duševnih bolezni in motenj iz preteklih obdobj prenašajo v sedanost, nam lahko pomagajo razumeti sedanja družbena in medijska pojmovanja oseb s težavami v duševnem zdravju, čeprav je njihova uporaba v sedanosti

neustrezna. Razvoj družbe, napredek in razvoj znanosti so prinesli nova pojmovanja, kar pa ne pomeni, da moramo stara pojmovanja popolnoma negirati ali zavreči, saj so v času, v katerem so nastajala in obstajala, imela svojo logiko in pomen. Razumevanje starih družbeno-zgodovinskih konceptov in logike ter pomena različnih pojmovanj v različnih obdobjih nam torej daje širšo in bolj celostno sliko o duševnih motnjah in osebah s težavami v duševnem zdravju, ki nam v današnjem času lahko pomaga pri razumevanju medijskih reprezentacij oseb s težavami v duševnem zdravju. S tem razumevanjem pa lahko pomembno prispevamo k spreminjanju negativnih in netočnih medijskih reprezentacij oseb s težavami v duševnem zdravju kot drugačnih in nevarnih duševnih bolnikov.

Po pregledu navedene literature sem se odločila, da različna pojmovanja duševnih motenj in oseb s težavami v duševnem zdravju razdelim na štiri družbeno-zgodovinska obdobja, ki prehajajo eden v drugega, v sočasnem potrjevanju in nadgrajevanju ali spreminjanju preteklega pojmovanja. Ta štiri družbeno-zgodovinska obdobja so: religiozno verovanje v norost, družbeno zapiranje norcev, razvoj psihiatrične znanosti in celostno psihosocialno obravnavanje oseb s težavami v duševnem zdravju. Štiri družbeno-zgodovinska obdobja glede na navedeno literaturo nadalje umeščam v štiri različna časovna obdobja. Religiozno verovanje v norost, ki je norost na podlagi magičnih in mističnih verovanj razumelo kot posledico obsedenosti s hudičem ali pa posebne vednosti, umeščam v obdobje srednjega veka. Z družbenim zapiranjem norcev, ki se je množično pojavilo po vsej Evropi v 17. stoletju, sta norost in norec dobila »novo domovino« (glej Foucault 1998: 50). Prostor zapiranja je z močjo izključevanja najprej postal »moralna ustanova, ki je kaznovala in popravljala moralno "razpuščenost", ki sicer ni bila vredna ljudskega sodišča« (Foucault 1998: 60), kasneje pa prostor obvladovanja živalskih sil, ki povzročajo norost. Z razvojem znanstvene in medicinske analize norosti, ki se je razvila iz obravnavanja norosti kot naravnega mehanizma, in razvojem proizvodnje in trgovine se je prvič pojavila potreba po posebnih ustanovah za norce. To je oznanilo novo obdobje, in sicer obdobje psihiatrične znanosti, ki se je začela razvijati v 19. stoletju. Zadnje obdobje se je začelo v 20. stoletju in se še danes razvija in dopolnjuje z različnimi znanstvenimi in drugimi pogledi na duševne motnje, duševno zdravje in osebo s težavami v duševnem zdravju. Danes oseba s težavami v duševnem zdravju

ni več objekt svoje motnje, saj je postala subjekt, ki se mu nudi pomoč na mnogih nivojih, ki omogočajo uspešno okrevanje ali popolno ozdravitev.

## 2.1 Religiozno verovanje v norost

V srednjem veku je prevladovalo religiozno obravnavanje norosti in s tem norcev kot subjektov norosti. V religioznem pojmovanju norosti so nerazložljiv pojav čudnega obnašanja dojemali kot norost in tistega, ki se je tako obnašal, kot norca. V kontekstu cerkvenega verovanja je norost predstavljala dokaz, da je nekdo obseden z zli duhovi, kar zahteva uporabo posebnega postopka izganjanja tega zla iz obsedenega človeka (Szasz 1982). Szasz (prav tam) primerja obravnavanje norcev z obravnavanjem čarovnic, saj so v obdobju lova na čarovnice zdravniki in svečeniki razlikovali med dvema diagnozama boleznii, naravno in demonsko boleznijo (glej Szasz 1982: 32), kar pomeni, da je bil človek lahko bolan ali pa obseden s hudičem. Za vsako od njih je obstajal tudi postopek zdravljenja. Norost je bila označena kot demonska bolezen, zato je bil postopek obravnave za norost teološki, kar pomeni, da so norce zdravili s pomočjo izganjanja hudiča, medtem ko so naravne bolezni zdravili z medicino. V čarovnice, norost in kasneje tudi v duševno bolezen se je moralo verjeti zaradi cerkvene avtoritete in oblasti, ne zaradi dejstev, ki bi razlagala pojav norosti. V obdobju religioznega verovanja v norost je za razumevanje pojavov prevladovala magična razlaga, vladala je dihotomija dobro : zlo, bolezni pa so se razlikovale glede na medicinsko ali teološko obravnavo bolezni. Ker so se ljudje v tistem času bali pojavov in dogodkov, ki se jih ni dalo pojasniti, ter nerešljivih problemov, so slepo sprejemali obča tolmačenja, razumevanja in razlage. Tako so zaradi močne potrebe po razumevanju vzrokov naravnih katastrof, epidemij, osebnih nesreč in smrti verovali v vedeževanje, magijo in čarovnice (glej Szasz 1982: 27). Magija je ljudem pomagala razumeti nerazumljive pojave in poleg tega predlagala ustrezne načine v boju z njimi. Tako je razložila tudi norost kot obsedenost s hudičem in predlagala odgovarjajoče postopke za boj proti temu pojavu.

V srednjem veku, pred velikim zapiranjem norcev in institucionalizacijo ter psihiatrizacijo duševnih bolnikov, je poleg razumevanja norosti kot bolezni, ki nastane

zaradi obsedenosti s hudičem, obstajalo tudi razumevanje norosti kot posebne vednosti. »Mistika, ki se je v srednjem veku pletla okoli norosti in norca, je temeljila na podmeni, da ima norec vednost, ki je drugim nedosegljiva, da vidi stvari tam, kjer jih drugi ne, da izreče besede, ki jih drugi ne morejo in ne smejo« (Flaker 1998: 89).

Foucault (1998) poleg že omenjenih pojmovanj norosti in metod obvladovanja norcev opisuje tudi druge metode ravnanj z norci v srednjem veku. V Evropi so norce javno bičali, metali v ječe, izgnali iz mesta ali pa prepustili mornarjem in si tako zagotovili, da so odšli nekam daleč. Iz tega obdobja so znane »ladje norcev« (Foucault 1998: 14), ki so rešile mesto pred norci. »Srednji vek je norost umestil v hierarhijo pregreh« (Foucault 1998: 28), ki jih je treba kaznovati in izločiti iz družbe. Menim, da izgon norcev in »ladje norcev« izhajajo iz tega, da je bila norost razumljena kot brezumje, ki mu ni pomoči in se ga družba lahko reši zgolj na omenjen način, torej z izgonom.

Iz močne potrebe po razumevanju vzrokov nenavadnih pojavov torej izhajajo obča verovanja in delovanja, na podlagi katerih ljudje ustanavljajo družbena gibanja in institucije, katerih namen je zaščita skupnosti oziroma družbe (glej Szasz 1982: 27). Neki pojem in želja po razumevanju tega pojma sprožita organizirano gibanje, iz česar se kasneje lahko razvijeta ideologija in znanost.

## **2.2 Družbeno zapiranje norcev: od norca k duševnemu bolniku**

Verske razlage norosti in norcev so z družbenim zapiranjem nadomestile družbene razlage. Ko je na koncu srednjega veka gobavost izginila iz zahodnega sveta, so v leprozorije<sup>1</sup> namestili neozdravljive bolnike in norce (Foucault 1998). S tem so družbo zaščitili pred boleznimi in nerazložljivim pojavom norosti, jo očistili in hkrati zapolnili nešteto odmaknjenih praznih trdnjav, ki so prej služile zapiranju gobavcev. Iz leprozorija je nastal azil za vse vrste revežev, norcev in ostalih sovražnikov družbe in kasneje bolnica za tiste, za katere je bilo potrebno zdravljenje.

---

<sup>1</sup> Bolnica za gobavce (SSKJ 1996).

Leta 1656 je bil v Franciji izdan odlok za ustanovitev Splošnega špitala<sup>2</sup> (glej Foucault 1998: 44), ki je bil ustanovljen leta 1657 (prav tam, str. 8). V to ustanovo splošne bolnišnice, ki se je kmalu razširila po vsej Franciji in kasneje tudi po vsej Evropi, so zapirali brezdelneže, postopače, brezdomce, reveže, prostitutke, kriminalce, brezumneže in norce (Foucault 1998; Foucault 1991; Flaker 1998). Da so nekoga razglasili za norca, je bilo dovolj, da je bil zapuščen, zanemarjen, siromašen, ubog ali odveč staršem ali družbi (glej Szasz 1982: 36). Posameznik je bil v ustanovo zaprt zaradi zaščite družbe pred nevarnostjo in preprečitve razsutja družbenih institucij in ne zato, da bi se mu ponudila zdravniška pomoč (prav tam, str. 37). Splošni špital ni bil medicinska ustanova niti po delovanju niti po namenu, bil je »instanca monarhičnega in meščanskega reda« (Foucault 1998: 45). Z napol sodno strukturo, delovanjem kot nekakšna upravna enota in neposredno vezanostjo na kraljevo oblast, je špital postal sredstvo družbene kontrole, ki se je udeleževalo z izključevanjem nevarnosti in sovražnikov iz družbe. Tako se je začelo veliko zapiranje norcev in norosti, ki je pomenilo varnost za »človeka razuma« (Foucault 1998).

Zelo pomembno vlogo pri družbenem zapiranju norcev je imel torej **družbeni nadzor**, ki je s pripisovanjem in dodeljevanjem družbenih vlog, vzpostavljal in ohranjal družbeni red in vladavino. Družbeni nadzor je eden pomembnejših vzrokov proizvodnje norosti in duševnih bolezni kot družbenih anomalij in norcev ter duševnih bolnikov kot družbenih sovražnikov. Z označevanjem ljudi kot norih ali duševno bolnih so v preteklosti razdelili ljudi na bolne in zdrave, z uvedbo institucije, ki nadalje obravnava bolne, ter zapiranjem bolnih v te institucije pa uvedli družbeni nadzor nad družbeno nesprejemljivo asocialnostjo ali sovražnikom. Vloge so »umetne družbene tvorbe« (Szasz 1982: 23), zato ima »vloga motnje pomen samo v sklopu določenih društvenih običajev in zakonov« (prav tam). Različna pojmovanja in označevanja so v zgodovini služila kot obramba vladajočega reda, morale in vrednot, družbeni nadzor pa je omogočal nadzorovanje in obvladovanje motečih in nevarnih pripadnikov družbe. Vse slabo in nerazložljivo je bilo v preteklosti sovražnik družbe, družba pa je delovala kot zaščitnik ljudi. Za ohranitev vladajoče morale je bilo, kot nekaj nasprotnega vladajoči morali in vrednotam, ustvarjeno zlo, čarovništvo, hudodelstvo

---

<sup>2</sup> Sprva sirotišnica in ubožnica, kasneje bolnica (SSKJ 1996).

in bolezni. Čarovnica, krivoverec, norec in bolnik so bili označeni kot subjekti teh pojavov, dokazovanje, da je nekdo čarovnica, krivoverec, norec ali bolnik pa je potekalo sprva zgolj na ravni imperativa verskega verovanja (Szasz 1982), saj je bila norost nerazumljiv pojav, ki se ga ni dalo pojasniti drugače kot z magijo ali mistiko. Kasneje je dokazovanje potekalo na ravni družbenega imperativa sledenja družbenim normam. Norost, bolezni (gobavost, kuga, sifilis, duševne bolezni), čarovnice in krivoverci so bili notranji sovražniki družbe, izganjalci hudiča, inkvizitorji, cerkveniki, zdravniki in psihiatri pa so v zgodovini nastopili v vlogi zaščitnikov družbe. S postopki označevanja in dokazovanja zla in bolezni so se razvile tudi metode obravnavanja zla in bolezni, metode, ki so vodile v družbeni nadzor nad pojavi, ki je bil nadalje »upravičen z verskimi ali medicinskimi razlagami« (Szasz 1982: 19). Pomen nadzora v ustvarjanju bolezni omeni tudi Glasser (2003), ki opisuje ljudi kot nadzorovalna bitja, ki bodo lahko šele s tem, ko se znebijo te naravne potrebe po nadzoru, zaživel v boljših odnosih do soljudi.

V 17. in 18. stoletju, ko je potekalo obdobje velikega zapiranja nevarne in nekoristne »družbene navlake«, ki ga Foucault (1998) poimenuje »klasicistično obdobje«, je veljalo, »da norec ni bolnik« (glej Foucault 1998: 76). Norce so zaprli in vzdrževali z denarjem iz mestne blagajne, saj je do konca 18. stoletja veljalo, da ni treba skrbeti za njih ali jih zdraviti, ker »naj bi lahko neomejeno prenašali tegobe življenja« (prav tam). »Norost naj bi s svojo živalsko divjostjo človeka varovala pred bolezenskimi nevarnostmi, zagotavljala naj bi mu neranljivost« (prav tam), zato so bili norci v klasicističnih ustanovah goli ali skoraj goli, privezani z verigami na stebre, priklenjeni na zidove in postelje, če so jih šteli za zelo nevarne, pa tudi zaprti v kletke. S poudarjanjem živalskosti norosti se je zapiranje poskušalo »izogniti škandalu ob nemoralnosti brezumja« (Foucault 1998: 79) in kategorizirati norost kot naravno in ne kot stvar morale in posledično nujne kazni. Zapiranje, ki je bilo v zgodnjem obdobju razumevanja norosti kot brezumja namenjeno temu, da sta se družba in družina izognili nemoralni sramoti, je kasneje razvilo sistem prisile, »ki nikakor ni bil kaznovalen, ampak je bil kratko malo namenjen temu, da je pobesnelo norost trdno zadržal v telesnih mejah« (Foucault 1998: 73). Ta »varnostni sistem zoper nasilje brezumnežev in izbruhe njihovega besnila« (prav tam, str. 75) je omogočal obvladovanje »svobodne živalskosti norosti« (prav tam, str. 77) s prisilo in dresuro.

Na podlagi povezovanja norosti z živalskostjo in umestitve norosti v naravni koncept se je razvila znanstvena in medicinska analiza norosti.

V 18. stoletju je »medicina dobivala vse bolj pomembno mesto pri upravljanju s špitalskim sistemom« (Flaker 1998: 99), ki je bil od svojega nastanka in zapiranja »družbenih odpadkov« skorajda absolutna oblast. V istem času je norost dobivala »čedalje bolj medicinski obraz ali obleko« (prav tam), diskurz norosti pa je prešel v razprave o mentalnih boleznih. Namen namestitve sovražnikov družbe in tistih, ki ji ne koristijo, v ustanove sprva ni bil v zdravljenju, ampak v zaščiti družbe pred nevarnostmi in moralnem imperativu telesnega popravljanja in kaznovanja zaprtih. Zdravljenje norosti se je razvilo kasneje, z njim pa se je razvila tudi duševna bolezen.

Z razvojem proizvodnje in trgovine je stari obred izključevanja na podlagi moralnega imperativa dobil nov pomen v kontekstu obveznosti do dela. Sprva ubožnice, kaznilnice in poboljševalnice, kamor so zapirali brezdelneže, reveže, norce, prostitutke, ničvredneže in vso ostalo »družbeno navlako«, so postale središča prisilnega dela, kjer je delo dobilo moč razločevanja med različnimi zaporniki (Foucault 1998). V tem trenutku klasicističnega obdobja, »ko se je norost začejala umeščati med probleme države« (Foucault 1998: 64), je dobila nov pomen. Različne populacije norcev, kamor so spadali brezumneži, duševno zmedeni, umobolni in blazni, ni pred razvojem proizvodnje in trgovine od drugih zapornikov razločevalo nobeno znamenje. Zapiranje kot »institucionalna stvaritev, značilna za 17. stoletje« (Foucault 1998: 64), se ni ukvarjalo z različnimi oblikami norosti, dokler se ni razvila potreba po razločevanju zapornikov na tiste, ki so sposobni za delo, in tiste, ki niso. Zaprti kriminalci, ničvredneži, reveži in brezdelneži so bili spoznani kot sposobni za delo, norci pa »so se sami izločili s svojo nezmožnostjo, da bi delali in se prilagodili ritmu kolektivnega življenja« (Foucault 1998: 58).

Z omenjeno ekonomsko potrebo po delu ter znanstveno in medicinsko analizo norcev, ki je norost na koncu 18. stoletja vzpostavila kot duševno bolezen (glej Foucault 1998: 6), se je razvila potreba po posebni ustanovi za norce. V 18. stoletju je bila torej odkrita potreba, da bi »umobolni morali biti deležni posebnega načina obravnave« (prav tam), iz česar so se sprva razvile norišnice in kasneje psihiatrične bolnišnice. Znanstvena in medicinska analiza, ki sta norost povezovali z živalskostjo



in jo s tem poskušali uvrstiti v naravni mehanizem, ter razvoj proizvodnje in trgovine so vplivali na potrebo po razločevanju različnih oblik norosti in s tem subjektov te norosti, torej norcev. Znanstvena in medicinska analiza norcev, zaprtih v azilih 17. in 18. stoletja, ter razvoj proizvodnje in trgovine sta bila torej sovpadajoča razloga za razvoj posebnih ustanov za norce, ki so se kasneje razvile v psihiatrične bolnišnice.

### 2.3 Razvoj psihiatrične znanosti

Celotna psihiatrična znanost se je razvila v treh zgodovinskih obdobjih pojmovanja in obravnavanja norcev in duševnih bolnikov, ki jih Horwitz (2002) opredeli kot »bolnišnična psihiatrija«, »dinamična psihiatrija« in »diagnostična psihiatrija«. Obdobje bolnišnične psihiatrije se pojavi v obdobju velikega zapiranja, dinamična psihiatrija se razvije v 19. stoletju s Freudovim razumevanjem nevrotičnih vedenj kot posledice nezavednih mehanizmov, diagnostična psihiatrija pa se uveljavi z objavo publikacije Diagnostični in statistični priročnik v letu 1980.

Koncepti dinamične psihiatrije, ki so spreobrili kategorično razumevanje bolezni v bolnišnični psihiatriji, so pomembni za razvoj diagnostične psihiatrije, vendar manj pomembni za pričujoče delo, zato bom opisala zgolj nekatere značilnosti tega obdobja obravnavanja duševnih motenj in oseb s težavami v duševnem zdravju, ki pa jih nadalje ne bom razlagala v posebnem poglavju. Freud (Horwitz 2002: 53) je z vpeljavo globokih nezavednih motivacij obnašanja oblikoval novo skupino nevrotičnih obnašanj. S tem je preoblikoval rigidno mejo med norimi in normalnimi, saj je ta obnašanja povezal z normalnim in ne psihotičnim, bolezenskim obnašanjem (glej Horwitz 2002: 53 in 54).

Ob prehodu norosti v duševno bolezen, ki se je počasi začel v 19. stoletju, je tudi norec postal duševni bolnik, ki je zahteval drugačno obravnavo kot norec 17. in 18. stoletja. Do 20. stoletja so duševno bolezen enačili z norostjo (Horwitz 2002: 38), zdravniki so zdravili zgolj ozek segment resnih duševnih motenj, ki so bile omejene na slaboumnost in norost. Preden se je pojavila dinamična psihiatrija, so duševne bolezni povezovali s psihotičnimi vedenji, verjeli so, da simptomi duševnih bolezni

izhajajo iz motenj v možganih (prav tam, str. 39). Šele diagnostična psihiatrija je z raznolikim številom vedenjskih in psiholoških stanj »preoblikovala psihiatrijo iz ideološke v znanstveno disciplino« (Horwitz 2002: 6).

Norost preide v duševno bolezen z rekonceptualiziranjem norosti v »nekaj, kar človek ima in je mogoče odpraviti, ne da bi bilo treba pri tem odpraviti tudi njega, razen če se ne zmore vključiti v to igro samopodrejanja« (Foucault 1998: 268). S tem, ko se »problem preseli od norca k norosti« (prav tam, str. 268), se začne zdravljenje duševnih bolezni, ki nadomesti zgodnje izganjanje hudiča iz norcev in moralno telesno kaznovanje ter popravljanje vseh vrst norcev, z namenom poboljšanja ali discipliniranja zaprtega posameznika.

»Pogled na duševne bolezni kot bolezni ni boljši od alternativnih pogledov; je samo eden izmed mnogih možnih pogledov« (Horwitz 2002: 9), ki pa se razlikuje od Foucaultovega pogleda na norost kot lastnost kulturnih kategorij in ne individualnih simptomov (Horwitz 2002: 8).

### 2.3.1 Bolnišnična psihiatrija

Bolnišnična psihiatrija se je začela oblikovati že v 17. in 18. stoletju, s preučevanjem norcev v ustanovah, kamor so bili zaprti z drugimi družbeno nevarnimi in nekoristnimi pripadniki družbe. Zametki znanstvenega pogleda in medicinske opredelitve pojma norosti kot duševnih bolezni so se torej razvili iz preučevanja norcev zaprtih v azile. V tem času so nastala prva razločevanja norosti, **manija in melanholija**, in kasneje **histerija in hipohondrija**, z njimi pa so se razvili tudi prvi subjekti teh norosti, na primer melanholiki in histeričarke. Sprva so te oblike norosti povezovali s pretakanjem in gibanjem različnih sokov po telesu, ko pa so kasneje odkrili vzroke teh oblik norosti v živčevju, so norosti postale duševne bolezni in norci duševni bolniki.

»Preden je zapiranje dobilo medicinski pomen, ki mu ga dajemo ali mu ga vsaj radi pripisujemo, je bilo vse kaj drugega kot pa skrb za ozdravitev bolnih« (Foucault

1998: 50). Zameetek znanstvenega pogleda na norost in duševne bolezni se je začel že v 17. stoletju, v klasicističnem obdobju, ko se je:

»razvijalo zdravljenje na področju, ki ni bilo hospitalno: razvijali so dolga zdravljenja norosti, kjer niso poskušali toliko skrbeti za dušo kolikor ozdraviti posameznika v celoti, njegova živčna vlakna in potek njegove domišljije. Norčavo telo so razumeli kot vidno in trdno navzočnost njegove bolezni: od tod ta telesna zdravljenja, katerih pomen pa je v celoti izhajal iz moralnega dožemanja in moralnega zdravljenja telesa« (Foucault 1998: 125).

Zdravljenje v začetnem času zapiranja ni bilo zdravljenje, kakršnega poznamo danes, bilo je neke vrste telesno in moralno popravljanje zaprtega človeka, ki se je sčasoma razvilo v zdravljenje s pomočjo raznih postopkov in kasneje tudi medicinskih metod in pripomočkov. V tem času so zdravniki in kasneje psihiatri razvili posebne metode bolnišničnih zdravljenj, ki vključujejo potapljanje, kopeli in prhanje, transfuzijo krvi, fizične metode ustvarjanja telesnih poškodb ali ran in odvajanje, kasneje pa tudi sprehajanje, razgibavanje in telovadbo na prostem (Foucault 1963/1998a). Zdravniki bolnišnic za zdravljenje norcev so uporabljali tudi posebna zdravila in druga sredstva, kot na primer alojo, kinin, milo, vinski kamen, kis in vodo. Posledično se iz bolnišničnega zdravljenja norcev razvije »terapevtska država« (Szasz 1982), ki odslej družbene probleme, namesto s pregonom in zapiranjem, rešuje z zdravljenjem ter posebnimi medicinskimi in kasneje psihiatričnimi postopki in metodami, na primer z elektrošoki, raznimi terapijami, psihoterapijami in kasneje tudi farmacevtskimi zdravili.

V 17. stoletju, ko so se pojavile prve različne oblike norosti, so **manijo in melanholijo** pojmovali kot »tradicijo štirih par in njihovih bistvenih kvalit« (Foucault 1998: 87). Vzrok norosti je bil pretakanje hlapov in sokov po telesu in prehajanje kvalit, ki »se neposredno prenašajo iz telesa na dušo, iz razpoloženja na misli, iz organov na vedenje« (Foucault 1998: 87). Dve povsem različni obliki norosti sta z medsebojnim povezovanjem prešli v področje duševnih bolezni.

**Melanholija** je bila sprva »dolga, vztrajna delirij brez vročice, med katerim bolnika obsede ena sama misel« (Boerhaave v Foucault 1998: 86), »strah in otožnost« (prav tam), »norost brez vročice in besnila, spremljata pa jo strah in

žalost« (Willis v Foucault 1998: 89). Vzroke za melanholijo so našli v »melanholičnih parah« (Foucault 1998: 86), »ki se dvigajo iz krvi v možgane« (prav tam, str. 90), v neurejenem gibanju hlapov in okvarjenem stanju možganov (glej Willis v Foucault 1998: 89). Willis (Foucault 1998: 93) je nasproti melanholiji postavil manijo, kot vzrok obeh navedel gibanje živalskih hlapov in obravnavanje te oblike norosti obogatil z odkritjem menjavanja melanholije in manije. Za **manijo** je bilo značilno, da »deformira vse pojme in misli« (Foucault 1998: 93), njeni glavni simptomi pa so izvirali iz »tega, da se pacientom predmeti ne kažejo taki, kakršni v resnici so« (prav tam, str. 95). Nasprotno od melanholije pri maniji »naletimo na predrznost in besnost« (prav tam). Vzrok različnih oblik norosti je bil vselej v gibanju sokov ali živalskih hlapov, ki so bili pri melanholiji mrzli in črni, pri maniji pa je po vseh delih telesa nemir razširjala »peklenska voda« (prav tam, str. 93). Pri maniji je bilo gibanje živalskih hlapov nepretrgano in nasilno, pri melanholiji pa »nemočno vrvenje« (prav tam, str. 89). Delirij manije so nadalje razumeli kot napako pri prenosu čutnih vtisov v možgane in motnjo pri komuniciranju (prav tam, str. 95), delirij melanholije pa kot žalost in strah. Menili so tudi, da se gibanje sokov in hlapov na zunaj odraža v drži in vedenju pacienta, zato je bil melanholik lenoben, žalosten, otožen, manijo pa so izdajali siloviti gibi in nenehno govorjenje (Foucault 1998).

Poleg melanholije in manije sta bili dve pomembni obliki norosti v klasicističnih začetkih psihiatrične znanosti tudi **hipohondrija in histerija**. Predvsem preučevanje histerije je pustilo velik pečat v psihiatrični vedi o duševnih boleznih, saj je znanstvena psihiatrija 19. stoletja izšla prav iz »bolezni živcev« in »histerij« (glej Foucault 1998: 123). **Histerija** je bila sprva poznana in obravnavana kot ženska bolezen, Willis (glej Foucault 1998: 104) jo je zaradi slutnje, da simptomi histeričnega obolenja nimajo organske podlage, uvrstil med bolezni glave in njen izvor pripisal toku živalskih hlapov. Medtem ko so zdravniki v obdobju preučevanja različnih oblik norosti pojma melanholije in manije zlahka uvrstili na področje kvalitet, se pri pojavu hipohondrije in histerije niso mogli opredeliti in odkriti značilnega sloga gibanja hlapov. Willis (Foucault 1998: 110) je izvor histerije kasneje videl v obolenju možganov in živčevja, zaradi katerih pride do motenj in nepravilnosti v krvnem obtoku, s čimer je možgane postavil v osrednjo vlogo »prenosnika in razdelilnika bolezni« (prav tam), nekateri zdravniki pa so kot vzrok histerije navedli maternico in njeno posebno gibanje.

Razumevanje hipohondrije kot norosti, kjer je »duh prizadet prav tako kot telo ali pa nemara še bolj« (prav tam, str. 105), in histerije kot motnje »notranjega gibanja, ki je na telesni površini videti kot lokalni simptom«, je razvilo ločevanje telesnega in notranjega prostora ter zunanjega in notranjega človeka. »Poleg človeka, ki bi mu lahko rekli zunanji človek in je sestavljen iz delov, dostopnih čutilom, obstaja še notranji človek, tega tvori sistem živalskih hlapov, človek, ki ga lahko vidimo zgolj z duhovnimi očmi« (Foucault 1998: 114). Notranji človek naj bi bil tesno povezan s telesno zgradbo, kar naj bi pojasnjevalo, da ta bolezen napada predvsem ženske, ki imajo manj trdno telesno zgradbo kot moški in so pomehkužene in »navajene na razkošje in udobje, ne pa na trpljenje« (prav tam, str. 114).

Odkritje pojava simpatije, ki jo omogočajo živci, po katerih se prenašajo vtisi v vseh organih, kot lastnosti, ki »organom omogoča, da se povežejo v skupnem trpljenju, da se odzovejo na še tako oddaljen dražljaj« (Foucault 1963/1998: 117), sproži razlikovanje med občutkom, ki se prenaša po živcih, in občutenjem, ki ga ta občutek povzroči v telesu. Povezanost vseh različnih motenj, ki so značilne za histerijo in hipohondrijo, je od odkritja pojava simpatije naprej določala mreža živčnih vlaken, ki so omogočala »komunikacijo med najbolj oddaljenimi in fiziološko najbolj različnimi organi« (prav tam, str. 116). »Bolezni živčevja so v bistvu motnje v simpatiji« (prav tam, str. 118) in tudi »bolezni telesne kontinuitete« (prav tam, str. 119) in predpostavljajo nekakšno »splošno vznemirjenje v živčevju, zaradi katerega postane vsak organ dovzeten za simpatijo do katerega koli drugega organa« (prav tam, str. 118). Konec 18. stoletja so tako histerijo kot hipohondrijo uvrstili med duševne bolezni, saj je bil vzrok tako histerije kot hipohondrije v živcih in ne več v pretakanju sokov po telesu.

Iz teh obravnavanj bolezni kot pretakanja sokov in živalskih hlapov je nastala znanstvena podlaga kasnejšemu razumevanju bolezni. »Razvoj pojma melanholije je določila skrita logika te kvalitete, ne pa medicinska teorija« (Foucault 1998: 88). V 18. stoletju sprva niso poznali in preučevali simptomov bolezni, ampak so bolezen razlagali s pomočjo perceptivne strukture različnih podob bolezni (prav tam). Podobo norosti kot živalskih hlapov v živčnih kanalih so v 18. stoletju zamenjali s podobo norosti kot »napetosti v živcih, žilah in celotnem sistemu organskih vlaken« (Foucault 1998: 94). Od preproste pojmovne signalizacije bolezni (npr. besnilo brez vročice) je

obravnavanje norosti prešlo na kvalitativno področje, kjer so norost povzročale posebne kvalitete, ki so nadalje omogočale zaznavanje duševne bolezni (Foucault 1963/1998a). Norost se je torej razvila iz oblikovanja pojasnjevalnih podob, kjer so podobe »prevzele začetno vlogo sinteze, njihova organizacijska sila pa je omogočila strukturo zaznavanja, v kateri so lahko simptomi navsezadnje dobili svojo označevalno vrednost in se organizirali kot vidna navzočnost resnice« (prav tam, str. 102). Z zaznavanjem simptomov, ki so postali povezovalni elementi bolezni, se je razvila diagnoza in kasneje diagnostična psihiatrija, ki je nadalje vpeljala nov način zdravljenja z zdravili ali psihoterapijo ali pa združitvijo obeh načinov, saj je verjela, da vsaki entiteti bolezni oziroma motenj ustreza določeno zdravilo.

### **2.3.2 Diagnostična psihiatrija**

Norost je v 19. stoletju s premestitvijo od verskih in družbenih razlag pojavov k razlagam, ki so se osredotočale na možgansko in živčno delovanje in k ugotavljanju simptomov, začela prehajati v duševno bolezen. Na koncu 19. stoletja se je pojavila dinamična psihiatrija, ki je duševne bolezni videla kot nespecifične posledice oziroma odraze nezavednih mehanizmov. Diagnoza ni imela pomena ne v bolnišnični psihiatriji ne v dinamični psihiatriji, kjer je izhajala iz predpostavke, da očitni simptomi razkrivajo kompleksnejšo realnost (Horwitz 2002: 56), uveljavila se je šele v diagnostični psihiatriji, ki je počasi z novimi spoznanji nadomestila dinamično psihiatrijo. Diagnostična psihiatrija je simptome motenj združila v entitete, in s tem definirala motnje in diagnoze motenj.

»Vednost se najprej konstituira kot disciplinirana nevednost« (Foucault 1998: 250), in tako se je oblikovala tudi vednost o duševnih boleznih, njihovih vzrokih, izvorih, posledicah, vednost o nosilcih teh bolezni, duševnih bolnikih in nadalje celotna veja psihiatrije kot podporne institucije tej vednosti. Iz »bolnišnične psihiatrije«, ki je v 17. in 18. stoletju na različne načine obravnavala norce, in konceptov dinamične psihiatrije se je v 19. stoletju razvila »diagnostična psihiatrija« (Horwitz 2002).

Diagnoza, ki v bolnišnični in dinamični psihiatriji ni imela vloge in ni bila pomembna za začetek zdravljenja, je v »diagnostični psihiatriji« prevzela ključni pomen. Na podlagi diagnoze so v diagnostični psihiatriji nastale kategorične celote, ki so temeljile na specifičnih simptomih in tako določale bolezni, vsebovane v prej omenjenem Diagnostičnem in statističnem priročniku (Horwitz 2002). Tako se je iz ideologije razvila znanost, diagnoza je postala znanstveni dokaz za duševne bolezni, psihiatrija pa institucija za zdravljenje teh bolezni. Z nadaljnjim odkrivanjem simptomov, postavljanjem diagnoz, obravnavanjem in zdravljenjem duševnih bolezni in duševnih bolnikov na podlagi teh diagnoz se je duševna bolezen počasi preoblikovala v duševno motnjo.

Čeprav v nalogi ne obravnavam duševnih motenj in se ne navezujem na definicije različnih duševnih motenj, so te po mojem mnenju, glede na zgodovinski kontekst, pomembne za razumevanje in upodobitve oseb s težavami v duševnem zdravju. Zato bom v svojem delu naredila kratek pregled in povzetek duševnih motenj, kot jih opisuje Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene, skrajšano MKB-10 (2005). Menim, da bo ta pregled ponazoril, kako se je iz preprostega razumevanja norosti in duševnih bolezni v preteklosti razvilo kompleksno razumevanje duševnih motenj in njenih simptomov, ter tudi to, da so nekatere pretekle definicije duševnih bolezni na podlagi novih znanstvenih dognanj nepravilne in zato neprimerne za uporabo tako v družbi kot v medijih.

V deseti reviziji MKB-10 (2005) so duševne in vedenjske motnje razdeljene v enajst področij (glej MKB-10 2005: 45–47), od katerih bom v pričujočem delu omenila zgolj pet področij in v sklopu teh področij podrobneje opisala zgolj posamezne motnje, ki so po mojem mnenju pomembne za to delo<sup>3</sup>. Pomembnejši sklopi so **organske, vključno simptomatske, duševne motnje** (npr. delirij, ki ga ne povzročajo alkohol in druge psihoaktivne snovi, in druge duševne, osebne in vedenjske motnje zaradi možganske okvare in disfunkcije); **shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje** (npr. shizofrenija, paranodina shizofrenija, akutne in prehodne psihotične motnje); **razpoloženske (afektivne) motnje** (npr. manična

---

<sup>3</sup> Za popoln pregled enajstih sklopov duševnih in vedenjskih motenj ter posameznih motenj znotraj teh sklopov predlagam pregled MKB-10 2005.

epizoda, bipolarna afektivna motnja, depresivna epizoda, ponavljajoča se depresivna motnja); **nevrotske, stresne in somatoformne motnje** (npr. fobične in druge anksiozne motnje, obsesivno-kompulzivna motnja in reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje); **duševna manjrazvitost (mentalna retardacija)**.

Posamezne motnje (MKB-10 2005: 311–387) so v določen sklop uvrščene na podlagi posebnih skupnih značilnosti, ki jih med seboj povezujejo. **Delirij, ki ga ne povzročajo alkohol ali druge psihoaktivne snovi**, označujejo sočasne motnje zavesti in pozornosti, zaznavanja, mišljenja, spominjanja, psihomotorne aktivnosti in čustvovanja. **Shizofrenija** označujejo na splošno temeljna in značilna izkrivljenja mišljenja in zaznavanja ter čustvovanja, ki je neustrezno ali otopelo, jasna zavest in intelektualne sposobnosti pa navadno ohranjene. Najpomembnejši psihopatološki fenomeni vključujejo fenomen miselnega odmeva, vsiljevanje, vcepljanje ali odtegotvanje misli, pošiljanje misli po radiu, blodnjavo zaznavanje, blodnje nadzorovanja, halucinatorne glasove, ki v tretji osebi opravljajo pacienta in drugo. MKB-10 (2005) navaja, da se shizofrenske motnje lahko pojavljajo kontinuirano ali pa v epizodah in naj se o shizofreniji ne govori v času intoksikacije z drogo, v odtegnitveni krizi in če so jasni znaki možganske bolezni. Sem spada tudi **paranoidna shizofrenija**, ki jo obvladujejo relativno stabilne paranoidne blodnje, ki jih navadno spremljajo zlasti slušne halucinacije in halucinacije telesnega občutka, in pa **akutne in prehodne psihotične motnje**. Za zadnje je značilen akuten nastop psihotidnih simptomov, kot so blodnje, halucinacije in perceptualne motnje, ter hud razkroj običajnega vedenja. Pri teh motnjah se ne ugotovi noben organski vzrok, pogosto pa sta prisotni tudi zbeganost in zmedenost.

**Manična epizoda** se deli na več podrazdelitev: hipomanijo, manijo brez psihotičnih simptomov in manijo s psihotičnimi simptomi. **Hipomanija** je motnja, ki jo označuje trajna blaga razpoloženjska vznesenost, povečana energija ter aktivnost in navadno izrazito dobro počutje ter poudarjen občutek telesne in duševne učinkovitosti. Povečani sta na primer sociabilnost in zgovornost, vendar ne toliko, da bi resneje zmotile vključevanje v delo ali povzročile socialno odklanjanje osebe. Motenj razpoloženja in vedenja ne spremljajo halucinacije in blodnje. **Manijo brez psihotičnih simptomov** označuje privzdignjeno razpoloženje, ki ni v skladu s socialnimi okoliščinami osebe. Vznesenost spremlja povečana energija, ki se kaže v



preveliki aktivnosti, želji po govorjenju in zmanjšani potrebi po spanju, povečano je samospoštovanje in samozaupanje. Pri *maniji s psihotičnimi simptomi* so poleg prej omenjenih simptomov prisotne še blodnje ali halucinacije ali pa je opaziti vzburjenje, pretirano motorično aktivnost in vraževernost, ki so tako izraziti, da je subjekt nedojemljiv ali nedostopen za običajno komuniciranje. Za **bipolarno afektivno motnjo** je značilno dvoje ali več epizod, pri katerih je pri pacientu izrazito motena raven razpoloženja ter aktivnosti, kar se kaže včasih v privzdignjenem razpoloženju ter povečani energiji in aktivnosti (hipomanija ali manija) in drugič v slabem razpoloženju ter zmanjšani energiji in aktivnosti (depresija). Ponavljanje samih epizod hipomanije ali manije je označeno kot bipolarno. Pri **depresivni epizodi** pacient trpi zaradi poslabšanega razpoloženja, zmanjšane energije, aktivnosti in sposobnosti za uživanje, zanimanje in koncentracijo. Splošen znak je tudi izrazita utrujenost že po najmanjšem naporu. Moteno je spanje, apetit je oslavljen, skoraj vedno upadeta samospoštovanje in samozaupanje, pogosto so prisotne tudi krivdne ideje in razmišljanja o svoji ničvrednosti. Slabo razpoloženje spremljajo t. i. »somatski« simptomi, kot je izguba interesov in prijetnih občutij, jutranje prebujanje nekaj ur pred običajnim časom, depresija, ki je najhujša zjutraj, izrazita psihomotorna upočasjenost, nemirnost, izguba apetita in telesne teže. **Ponavljajoča se depresivna motnja** je motnja, za katero so značilne ponavljajoče se epizode depresije, kot so opisane pri depresivni epizodi, vendar brez razpoloženske privzdignjenosti in povečane energije (manija).

**Fobične anksiozne motnje** so opredeljene kot skupina motenj, pri katerih je bojazen izzvana samo ali predvsem v določenih, dobro definiranih okoliščinah, ki na splošno niso nevarne, vendar se jim oseba izogiba ali pa jih prenaša z grozo. Sem spadajo na primer *agorafobija*, *socialne fobije* in *specifične (izolirane) fobije*. Poleg fobičnih obstajajo tudi **druge anksiozne motnje**, pri katerih je manifestacija bolezni glavni simptom in se ne omejuje na kako posebno zunanjo okoliščino. Sem spada poleg ostalih anksioznih motenj tudi *panična motnja*, katere bistvena značilnost so ponavljajoči se napadi hude anksioznosti (panike). **Obsesivno-kompulzivno motnjo** označujejo ponavljajoče se prisilne (obsesivne) misli ali prisilna (kompulzivna) dejanja. Obsesivne misli so ideje, podobe in impulzi, ki se vedno znova pojavljajo v človekovi zavesti in so skoraj vedno po vsebini mučni. Funkcija kompulzivnih dejanj in ritualov pa je preprečiti kak objektivno nezaželen dogodek, pogosto takšen, ki bi

škodoval pacientu ali s katerim bi pacient povzročil škodo drugim, česar pa se pacient boji. Skoraj vedno je prisoten občutek tesnobe, ki postane hujši, če se pacient kompulzivnim dejanjem upre. Poleg omenjenih motenj je pomembna tudi **duševna manjrazvitost**, ki je stanje zaustavljenega ali nepopolnega duševnega razvoja.

## **2.4 Celostno psihosocialno obravnavanje oseb s težavami v duševnem zdravju in duševno zdravje**

Duševni bolnik kot glavna oseba psihiatričnega diskurza se je zaradi novih človeških, družbenih in znanstvenih dognanj preimenoval najprej v osebo z duševno boleznijo (osebo s shizofrenijo, psihozo, depresijo, manično depresijo idr.) in kasneje v osebo z duševnimi motnjami oziroma osebo z izkušnjo duševne motnje. Besedna zveza duševni bolnik je za širšo uporabo postala neprimerna, saj je bil njen poudarek na bolezni in ne na človeku kot celostni entiteti skupka različnih lastnosti, stanj, dejavnikov in družbene ter kulturne opredelitve. Z razumevanjem bolezni kot epizodnih ali trajnih motenj, novimi opredelitvami zdravljenja oseb s težavami v duševnem zdravju in promoviranjem duševnega zdravja so se spremenile mnoge opredelitve duševnih motenj in s tem tudi njihovih subjektov. Posledično so se spremenile tudi oblike pomoči osebam s težavami v duševnem zdravju in skrb zanje.

Preteklo zdravljenje oseb s težavami v duševnem zdravju je potekalo znotraj ustanove. Ker pa je tako zdravljenje pomagalo le v času hospitalizacije v psihiatrični bolnišnici, se je pojavila potreba po poboljšani rehabilitaciji oseb s težavami v duševnem zdravju, saj se po prihodu iz psihiatrične bolnišnice osebe s težavami v duševnem zdravju niso mogle več vključiti v vsakdan in družbo. Sistem psihiatričnega zdravljenja je deloval le znotraj ustanove, kjer so usposobljeni strokovnjaki obravnavali posameznikovo motnjo, mu dajali ustrezna zdravila, ga obvladovali in nadzirali ter skrbeli za napredek v zdravljenju. Ko pa se je oseba s težavami vrnila v normalno okolje, ni znala živeti s svojo motnjo, saj je tega v psihiatrični bolnišnici niso naučili. Zato se je pojavila potreba po skupnostni skrbi za osebo s težavami v duševnem zdravju, ki bi omogočala tej osebi, da bi se po hospitalizaciji lažje vrnila v

svoj vsakdan, v družbo, družino in na delo. Zdravila so olajšala simptome, posebne metode zdravljenja in nadzorovanja oseb s težavami v duševnem zdravju pa so pripomogle k izboljšanju stanja osebe in s tem k temu, da so bile osebe izpuščene iz psihiatrične bolnišnice. Niso pa pripomogle k temu, da bi te osebe zunaj psihiatrične bolnišnice spet normalno zaživele.

Ker sem mnenja, da zaprt sistem prisilnega zdravljenja deluje na tak način, da ustvarja povratnike, sklepam, da šele z razvojem celostne psihosocialne obravnave osebe s težavami v duševnem zdravju, duševni bolniki dejansko postanejo subjekti, torej osebe s težavami v duševnem zdravju. Pred tem so zgolj objekti svojih bolezni oziroma motenj, kar pojasnjuje tudi obravnavanje oseb s težavami v duševnem zdravju kot duševnih bolnikov. Duševni bolnik je zaradi novih znanstvenih spoznanj, spreminjanja družbenih in kulturnih pomenov in konteksta ter posledično promoviranja duševnega zdravja postal historičen subjekt, ki se ne more obdržati v sedanosti. Razprave o duševnih boleznih in duševnih bolnikih je nadomestil diskurz o duševnem zdravju, ki je ustvaril nov subjekt, tokrat pozitiven in povezan z zdravjem, ki je nadomestil negativen objekt, povezan z boleznijo. Duševnega bolnika, ki obstaja le še kot neki spomin na historično družbeno označevanje drugačnih od nas samih, je nadomestila oseba s težavami v duševnem zdravju. To osebo je po mojem mnenju treba vpeljati v medijske reprezentacije, ki še vedno prikazujejo osebe s težavami v duševnem zdravju kot duševne bolnike, kar si bomo ogledali v poglavju o medijskih reprezentacijah duševnih bolnikov.

Prva omemba **duševnega zdravja** sega v leto 1955, ko je ameriški kongres sprejel posebno listino za preučevanje duševnega zdravja, in s tem imenoval in pooblastil posebno komisijo, katere naloga je bila ugotavljanje ustreznih načinov za boj proti duševnim boleznim, ki so takrat v Združenih državah Amerike predstavljale veliko nadlogo (Szasz 1994). V javnih psihiatričnih bolnišnicah je bilo namreč zaprtih skoraj milijon pacientov takrat stopetdesetmilijonske populacije (glej Szasz 1994: 150). V letu 1963 pa je takratni predsednik Združenih držav Amerike John F. Kennedy predlagal nov pristop k »vojni proti duševni bolezni« (Szasz 1994: 159), in sicer ustanovitev skupnostnih centrov za duševno zdravje. Ta novi pristop je pomenil tudi začetek prehoda v celostno psihosocialno zdravljenje oseb s težavami v duševnem zdravju, ki še danes vključuje tako zdravljenje z zdravili kot s psihoterapijo

in po potrebi tudi hospitalizacijo, vendar pa naj ta ne bi bila prisilna. Menim, da je sprva ta pristop sicer deloval kot dezinstitutualizacija duševnih bolezni s pomočjo zdravljenja z zdravili, šele kasneje pa so se razvili novi pristopi, ki so vključevali tudi druge oblike pomoči osebam s težavami v duševnem zdravju, iz česar se je razvila celostna psihosocialna skrb za osebe s težavami v duševnem zdravju, kot jo poznamo danes.

Svetovna zdravstvena organizacija WHO (Zelena knjiga 2005: 4) danes **duševno zdravje** opisuje kot »stanje dobrega počutja, v katerem posameznik uresničuje svoje sposobnosti, se zmore spopadati z običajnimi napori življenja, zmore produktivno in uspešno delati ter prispevati k svoji skupnosti« (prav tam). Zelena knjiga (2005: 4) pojasnjuje, da »**duševne bolezni** vključujejo duševne težave in bremena, oslabiljeno delovanje, ki se povezuje s stisko, simptome ter duševne motnje, ki jih je moč diagnosticirati, kot so shizofrenija in depresija« (prav tam), in da duševno stanje ljudi »določa mnogo dejavnikov, vključno z biološkimi (npr. dednost, spol), individualnimi (npr. osebne izkušnje), družinskimi in družbenimi (npr. družbena podpora) ter ekonomskimi in okoljskimi (npr. družbeni status in življenjski pogoji)« (Zelena knjiga 2005: 4).

**Slovenski predlog Zakona o duševnem zdravju** opredeljuje pojem duševnega zdravja in pojme, povezane z njim (<http://www.mz.gov.si/>): »**duševno zdravje**« zajema vedenje, mišljenje, govor, čustvovanje in razpoloženje osebe, njegov odnos do sebe, drugih in sveta okoli nas ter duševno motnjo, če ta obstaja; »**duševna motnja**« pomeni težave v duševnem zdravju in je začasna ali trajna motnja v delovanju možganov, ki se kaže kot spremenjeno vedenje, presojanje, doživljanje sebe in okolice; »**oseba s hudo in ponavljajočo se duševno motnjo**« je posameznik, ki je zaradi dolgotrajne duševne motnje manj zmožen pri dejavnem vključevanju v svoje socialno okolje; »**oseba**« pomeni osebo s težavami v duševnem zdravju, ki v mreži izvajalcev programov in storitev za duševno zdravje prejema strokovno pomoč oziroma se zdravi; »**psihiatrična bolnišnica**« je javni zdravstveni zavod oziroma enota zavoda, namenjena za opravljanje specialistično-konziliarnega in bolnišničnega zdravljenja s področja psihiatrije.

Na razumevanje duševnega zdravja in duševnih motenj v sedanjem času so po mojem mnenju v veliki meri vplivali različni družbeni dejavniki dobe, v kateri živimo. V 21. stoletju, **dobi znanja**, se ljudje vse bolj bojimo duševnih motenj in zato potenciramo njihovo pomembnost in težavnost, saj mislimo, da nam lahko vzamejo nekaj zelo pomembnega, to je naš razum. Izguba razuma predstavlja v tej dobi človeku hudo grožnjo, hujšo kot kdaj koli prej v zgodovini, saj je po eni strani razum pomembnejši kot v preteklosti, hkrati pa se izguba razuma pojmuje enako kot v preteklosti, saj imamo pri izgubi razuma pred sabo še vedno žive slike norosti. Kot bom predstavila v nadaljevanju in pa v poglavju o medijskih reprezentacijah duševnih bolnikov, je pojmovanje duševne motnje kot popolne izgube razuma neutemeljeno.

Družba 21. stoletja je po Druckerju (Rozman 1999: 1028) opredeljena z naslednjimi karakteristikami: znanje, globalizacija in konkurenca.

»Kar zadeva znanje je splošno sprejeto mnenje oziroma dejstvo, da je družba 21. stoletja družba znanja. Po Druckerju osnovni ekonomski resurs v tej družbi ni ne kapital, ne delo oziroma delovna sila, temveč znanje, pri čemer je potrebno ločiti "družbo znanja" od danes vse pogostejše uporabljanega termina "informacijska družba". V prvem primeru gre za znanje, ki je povezano s subjektivno ravno človeškega zadovoljevanja osebnih potreb, medtem ko gre v drugem primeru za informacijo, ki je v povezavi z globalizacijskim aspektom in je predvsem komunikacijsko orodje ali material, s katerim lahko posameznik zadovolji potrebo po znanju. Družba znanja je torej logična stopnja v razvoju informacijske družbe, zato bo družba 21. stoletja okarakterizirana kot "doba intelektualnih kreacij"« (Rozman 1999: 1028).

Šele sedaj, v družbi znanja, v kateri živimo v 21. stoletju, so po mojem mnenju različne oblike zdravja, kot mentalno, ki ga v tem primeru enačim z umskim, in duševno zdravje, najbolj potrebne, saj brez njih ne moremo imeti niti znanja, ki je potrebno za dobo, v kateri živimo, niti upravljati z njim. V preteklosti, ko se je denar služilo s fizičnim delom, je bilo za delo pomembno telo, s katerim se je služilo in tudi koristilo družbi. Vse tiste, ki niso bili koristni in niso mogli prispevati k družbeni delovni pogodbi, so izločili in izolirali iz družbe (Flaker 1998). Družbi je šlo za ohranjanje produktivne sile, zato so morala telesa nekoč ustrezati obstoječi družbeni strukturi, za kar so poskrbele različne prakse (glej Zaviršek 2000: 205). Sedaj to vlogo produktivne sile prevzema um, ki v primeru, da je bolan, ne more učinkovito

prispevati k družbi ali k posameznikovemu osebnemu zadovoljevanju potreb. Intelektualci kot delavci znanja so glavni vir proizvodnje znanja, kjer pa na primer invalidna hendikepiranost ne predstavlja tako velike ovire kot umska hendikepiranost<sup>4</sup>, saj v informacijski dobi delo in s tem produkcijo znanja omogočajo tudi drugi viri dostopa do podatkov, na primer računalnik in internet. Družba znanja nam je omogočila lažji dostop do znanja in predajanja znanja, vendar pa pri tem potrebujemo um in »mentalno zdravje«, saj vse te informacijske tehnologije ne moremo uporabljati brez uma in s tem razuma. Strah pred izgubo razuma zaradi duševne motnje je neutemeljen, saj menim, da »mentalno zdravje« ni enako duševnemu zdravju. Kljub težavam v duševnem zdravju lahko ohranimo »mentalno zdravje«, ki ga v tem primeru razumem kot sposobnost razmišljanja, mišljenja in razumnega delovanja, in s tem razum. Enačenje duševnih motenj z izgubo razuma kljub svoji historičnosti in neustreznosti v sedanjemu času razlaga povečano zanimanje za duševno zdravje v preteklih nekaj letih. Zdravo telo se je v 18. in 19. stoletju ločilo od bolnega v tem, »koliko je bilo mogoče s telesom postoriti« (Zaviršek 2000: 205), danes pa se zdrav um razlikuje od bolnega na isti način. To kaže, zakaj je duševno zdravje v sedanjem času vse bolj pomembno oziroma zakaj se je zanj v zadnjem času začela zanimati širša množica ljudi in zakaj se, poleg želje po preprečevanju diskriminacije, duševno zdravje v zadnjem času vedno bolj promovira.

»V 18. in 19. stoletju je bilo zanimanje za zdravje in dobro počutje individuumov eno glavnih interesov politike. Skupni interes, ki sta ga takrat začeli kazati politični in medicinski diskurz, je izhajal iz enega samega interesa: ohranjanja produktivne sile. Tako se je biomedicinska znanost, ki se je začela razvijati kot dominantna vednost, začela povezovati z drugimi dominantnimi vednostmi in političnimi praksami, ki so razdelile telesa na normativni osi ustreznega/zdravega telesa, na zdrava in na bolna« (Zaviršek 2000: 205).

Zdravstveni in družbeno-politični interesi tudi v tem času odkrivajo skupno pot, na podlagi katere delujejo v javnosti in medijih. Menim, da se preko medijev ti združeni interesi udejanjajo v poplavi člankov, oddaj in vesplošnih nasvetov o duševnem zdravju, ki v današnjem času edino lahko prispeva k celotnemu zdravju osebe in hkrati krepi in vzdržuje nastajajoči ekonomski in politični red. Menim tudi, da

---

<sup>4</sup> Hendikepiranost v tem primeru pomeni tako motnjo oziroma oviranost kot tudi skupek družbenih stigem, stereotipov, predsodkov in diskriminacij, ki obkrožajo določeno motnjo oziroma oviranost (Zaviršek 2000).

zgodovinski koncept »duševne bolezni« v sedanjem času prevzema značilnost znanstvene vede, ki nas opozarja, da moramo poskrbeti zase in preprečiti razne duševne motnje, ki prežijo na nas v tem globalnem, intelektualno usmerjenem svetu. Mediji zaradi tega danes poudarjajo duševno zdravje in oznanjajo, da je sedaj čas, da poskrbimo zase, da si sami pomagamo ali pa najdemo pomoč v ustreznih ustanovah ali pri ustreznih strokovnjakih. Menim, da mediji s povzemanjem zgodovinske konceptualizacije oseb s težavami v duševnem zdravju kot norcev in duševnih bolnikov ter s poudarjanjem pomembnosti duševnega zdravja dodatno poglobljajo prepad med osebo s težavami v duševnem zdravju in duševnim zdravjem, ki je pomembno za celotno zdravje osebe. Nadalje sem mnenja, da oseba s težavami v duševnem zdravju, ki je v medijih predstavljena kot duševni bolnik, ne more biti subjekt duševnega zdravja, ampak zgolj duševne bolezni, kar me na koncu pripelje do sklepa, da sta duševno zdravje in oseba s težavami v duševnem zdravju v praksi le teoretična pojma, ki v medijih, in s tem tudi v družbi, še nista uveljavljena. Uveljavila pa se bosta, po mojem mnenju, le z odkritim javnim diskurzom in pojasnitvijo zgodovinskih konceptov norosti in duševnih bolnikov, ki ne sodijo v sodobno obravnavanje omenjene problematike ter z izkušnjami z osebami s težavami v duševnem zdravju.

V 21. stoletju, v dobi znanja, ne smemo zopet preiti v klasicistično zapiranje in skrivanje oseb s težavami v duševnem zdravju na podlagi prisile. Prisilna hospitalizacija je še danes problem, ki ga v Sloveniji trenutno poskušamo rešiti tudi z uvedbo zakona o duševnem zdravju. Glasser (2003) ugotavlja, da je psihiatrija edina medicinska znanost, ki svoje paciente lahko prisili v določeno zdravljenje, v čemer se kaže tudi razlika v obravnavanju duševnega in telesnega zdravja. Ta razlika se kaže v postopku zdravniške obravnave pacienta, saj v primeru telesne bolezni zdravnik predstavi in razloži diagnozo ter predlaga učinkovit način zdravljenja, pri duševni bolezni pa psihiater postavi diagnozo, predpiše zdravila in lahko v primeru, če pacient predpisanih zdravil ne želi jemati, s prisilno hospitalizacijo doseže jemanje predpisanih zdravil. S tem pacientu vsili določeno zdravljenje na podlagi izjave, da je pacient nevaren sebi in okolici (glej Glasser 2003: 34). Szasz (1982) poudari, da psihiater kot edini veljavni vir določanja duševne bolezni utrjuje vero v psihiatrijo, in pravi, da za postopek obravnave osebe s težavami v duševnem zdravju velja, da »ne obstaja vladanje in oseba, ki je sodobni psihiater ne bi mogel prikazati kot

nenormalne ali bolne« (Szasz 1982: 55). Szasz (1994: 151) nadalje pojasni zgodovino prisilne hospitalizacije, ko pravi, da je v 17. stoletju, v svobodni družbi, le država imela to moč, da je lahko na podlagi storjenega zločina posamezniku odvzela svobodo. Nadalje pojasnjuje, da je bila nova znanost psihiatrije tista, ki je ponudila opravičilo za zapiranje tistih, ki niso bili obtoženi zločina. Ta zagovor je bila norost, ki je od uveljavitve psihiatrične znanosti naprej dovoljevala zakonito zapiranje norcev oziroma kasneje duševnih bolnikov. Tako se je razvila prisilna, torej neprostoVOLjna hospitalizacija oseb s težavami v duševnem zdravju, takrat pojmovanih še kot norcev in kasneje duševnih bolnikov, s katero je država zagotavljala zaščito državljanov pred norci in zaščito norca pred samim sabo (Szasz 1994). Država je s tem tudi pooblastila zdravnika in kasneje psihiatra za izvajanje in uveljavljanje tega principa, kar je povzročilo nastanek družbene politike prisilne hospitalizacije (glej Szasz 1994: 151). Psihiater je tako torej postal edina avtoriteta, ki v primeru duševnih bolezni in motenj ve, kaj je dobro za družbo, kar pacientu prikaže kot ravnanje v njegovo lastno dobro. Pacient tako postane neodgovoren objekt svoje bolezni, ki ne ve, kaj je dobro zanj, in zato tudi ne more poskrbeti zase.

Čeprav duševno zdravje prej ni sodilo k celostni skrbi za zdravje, je sedaj postalo ključno za splošno zdravje človeka. Duševne motnje so postale del človeka in niso več v sferi zunanjih sil, ki obvladujejo človeka, zato jih ne more obvladati zgolj neka znanstvena metoda ali zdravilo. V tem obdobju lahko pripomore k popolnemu okrevanju le soglasje in sodelovanje osebe s težavami v duševnem zdravju. K uspešni rehabilitaciji osebe s težavami v duševnem zdravju lahko s točnimi reprezentacijami problematike, osnovanimi na sedanjih pojmovanjih duševnih motenj, oseb s težavami v duševnem zdravju in novih metod celostne psihosocialne skrbi za osebe s težavami v duševnem zdravju, v veliki meri pripomorejo tudi mediji.

Menim, da je prišel čas, da se današnje duševne motnje in osebe s težavami v duševnem zdravju odkrito pokažejo v vsej svoji stiski. Čas je, da pokažejo svoj obraz, svojo človeško ranljivost in da priznajo, da si znajo same pomagati in da od družbe in medijev potrebujejo le razumevanje in podporo. Veliko zapiranje v 17. stoletju se je izkazalo za kratkoročno reševanje problema, ki se je s skrivanjem bolezni in njenih subjektov razvil v dolgoročnega. Izkušnje z osebami s težavami v duševnem zdravju, zakon o duševnem zdravju in razumevanje duševnih motenj na kompleksnejši način



in ne zgolj v okvirih psihiatrije ali zgodovine bi lahko spremenili tudi medijske reprezentacije oseb s težavami v duševnem zdravju. Varnost »človeka razuma« (Foucault 1998) v tej dobi ne predpostavlja zapiranja in skrivanja oseb s težavami v duševnem zdravju ter zatiskanja oči pred vedno večjim številom duševnih motenj, temveč soočenje s problemi družbe znanja in iskanje rešitev, ki ustrezajo tej novi družbeni ureditvi. Nadaljevanje razumevanja, pojasnjevanja in upodabljanja oseb s težavami v duševnem zdravju kot duševnih bolnikov, duševnih motenj kot duševnih bolezni, stigmatiziranje in diskriminacija oseb s težavami v duševnem zdravju, uporaba stereotipov in predsodkov v odnosu do oseb s težavami v duševnem zdravju v današnjem času po mojem mnenju lahko pomenijo le to, da bi bilo potrebno zdravljenje celotne družbe, ne zgolj oseb s težavami v duševnem zdravju.

### 3. OZNAČEVANJE, REPREZENTACIJA IN DISKURZ: ustvarjanje in udejanjanje pomena in vednosti

V tem poglavju bom obdelala osnovne pojme, pomembne za analizo in razumevanje medijskih reprezentacij oseb s težavami v duševnem zdravju, in prikazala pomembnost označevanja in ustvarjanja pomena ter diskurza za medijske upodobitve oseb s težavami v duševnem zdravju.

#### 3.1 Ustvarjanje in udejanjanje pomena

Svet osmišljamo s pomočjo pomenov, ki jih dajemo pojavom in dogodkom v realnosti. S pomočjo komuniciranja teh pomenov se sporazumevamo s pripadniki iste družbe in tako ustvarjamo kulturo, v kateri imajo pojavi in dogodki isti pomen, kar nam omogoča smiselno in koherentno sporazumevanje. **Komuniciranje** kot »družbena interakcija prek sporočil« (Fiske 2005: 17) je prepleteno s kulturo in ima osrednji pomen za življenje v kulturi (prav tam). **Semiotika** kot veda, ki se ukvarja s preučevanjem komuniciranja, razume komuniciranje kot »oblikovanje in izmenjavanje pomenov« (Fiske 2005: 18), družbeno interakcijo pa kot »tisto, ki določa posameznika kot člana določene kulture ali družbe« (prav tam). Semiotika, ki preučuje jezik kot kulturno prakso, se nanaša »na obravnavo kulturnih objektov in praks kot znakov, ki jih je potrebno prebrati podobno kot jezik« (Debeljak in drugi 2002: 325) in predpostavlja aktivnega bralca, torej bralca, ki je vključen v ustvarjanje pomena s svojimi izkušnjami, odnosi in čustvi.

Komuniciranje kot oblikovanje pomena ustvarja pomene na različne načine, z znaki, signifikacijo (označevanjem), ikonami (vizualni znaki), indeksi (pisni in govornjeni znaki), denotacijo (opisna raven, kjer se večina ljudi strinja o pomenu), konotacijo (interpretacija znakov v širšem družbeno-ideološkem smislu) in mitom (druga raven označevanja, ki ima bolj zapleten ideološki pomen) (Fiske 2005; Hall v Luthar in drugi 2004).

»Znak je splošni strokovni izraz, ki ga uporabljamo za besede, zvoke in podobe z določenim pomenom« (Hall v Luthar in drugi 2004: 38) in tako predstavlja ključno enoto v procesu označevanja. Znaki, ki so nadalje organizirani v jezik, »nadomeščajo oziroma predstavljajo koncepte in konceptualne odnose med njimi, ki jih imamo v glavi, skupaj pa ustvarjajo pomenske sisteme naše kulture« (Hall v Luthar in drugi 2004: 38).

Proces **proizvajanja pomena** v kulturi obsega dva »sistema reprezentacije« (Hall v Luthar in drugi 2004: 39): konceptualni zemljevid in jezikovni sistem.

»Prvi nam omogoča, da z ustvarjanjem vrste povezav oziroma verige enakovrednosti med stvarmi - ljudmi, predmeti, dogodki, abstraktnimi predstavami idr. - in svojim konceptualnim sistemom oziroma konceptualnim zemljevidom svetu dajemo pomen. Drugi pa je odvisen od ustvarjanja vrste povezav med našim konceptualnim zemljevidom in vrsto znakov, ki so urejeni in organizirani v različne jezike ter ki nadomeščajo in predstavljajo te koncepte. Povezava med "stvarmi", koncepti in znaki je bistvena pri proizvodnji pomena v jeziku. Proces, ki te tri elemente povezuje, imenujemo "reprezentacija"« (Hall v Luthar in drugi 2004: 39).

Za lažje razumevanje bom splošno teorijo **reprezentacije** ponazorila na primeru besede bolezen. Za koncept bolezen kot »motnje delovanja organizma« (SSKJ 1996) uporabljamo poljubno kombinacijo črk b, o, l, e, z, e, n, ki so urejene po določenem zaporedju. Ker je odnos med znakom, konceptom in predmetom, na katerega se sistemi reprezentacije nanašajo, arbitraren (Hall v Luthar in drugi 2004), bi lahko uporabili tudi drugo zaporedje črk, na primer z, e, n, o, l, e, b vendar pa beseda »zenoleb« v našem konceptualnem in jezikovnem kodu ne predstavlja ničesar. Kombinacija črk b, o, l, e, z, e, n pa označuje bolezen, ki predstavlja »motnje v delovanju organizma«.

Glavna lastnost **pomena** je v tem, da »ne leži v samem predmetu, osebi ali reči, niti ga ni v besedi« (Hall v Luthar in drugi 2004: 41), kar pomeni, da pomen ustvarimo sami in ga sami tudi utrdimo. To naredimo s pomočjo **koda**, ki »določi korelacijo med našim konceptualnim in jezikovnim sistemom« (Hall v Luthar in drugi 2004: 42) in utrdi odnose med koncepti in znaki. Znaki torej izražajo pomen s pomočjo koda, ki omogoča, »da koncepte prevedemo v jezik in obratno« (Hall v Luthar in drugi 2004: 49). Z učenjem znakov postanemo kulturni subjekti, člani

kulture, ki vidi svet s pomočjo istega konceptualnega zemljevida in ga osmišlja z istimi jezikovnimi sistemi (glej Hall v Luthar in drugi 2004: 42), kar pomeni, da uporabljamo iste kode. Pomen lahko utrdimo tako močno, »da se nam sčasoma zazdi naraven in neizogiben« (Hall v Luthar in drugi: 41), vendar pa »nikoli ne more biti dokončno utrjen« (Hall v Luthar in drugi 2004: 44), saj jezik »ni posledica nečesa, kar je določeno zunaj, v naravi, pač pa družbenih, kulturnih in jezikovnih konvencij« (prav tam).

Zaradi pogleda na reprezentacijo in zaradi modela jezika, ki sta na številnih kulturnih področjih oblikovala semiotični pristop k reprezentaciji (glej Hall v Luthar in drugi 2004: 51) bom v pričujočem delu navedla opredelitve glavnih pojmov »očeta sodobne lingvistike« **Ferdinanda de Saussurja** znak, označevalec in označenec (prav tam). De Saussure pravi, da je »znak sestavljen iz svoje fizične oblike in s tem povezane miselne predstave (mentalnega koncepta) in da je ta predstava pojmovanje zunanje stvarnosti« (Fiske 2005: 55). De Saussure opredeli jezik kot »sistem znakov, katerih pomen leži v relacijah deiference« (Debeljak in drugi 2002: 29), kar pomeni, da je pri določanju pomena znakov znotraj jezika pomembna razlika med znaki znotraj jezika. Ustvarjanje pomena je torej odvisno od jezika, jezik pa je razumljen kot sistem znakov (glej Culler v Luthar in drugi 2004: 51).

De Saussure je znak razdelil na označevalec (npr. beseda moški) in označenec (koncept, ideja moškega kot osebe moškega spola) (Debeljak in drugi 2002: 29). **Označevalec** je forma (dejanska beseda, podoba, fotografija ipd.), **označenec** pa koncept (ideja v naših mislih, s katero je povezana forma). Označevalec (beseda, podoba, idr.) sproži v naših mislih označenca, torej koncept, in tako skupaj ustvarita pomen, pri čemer je odnos med njima arbitraren, saj »med posamezno besedo in konceptom, ki ga označuje, ne obstaja nikakršna nujna notranja zveza« (Debeljak in drugi 2002: 29). Znaki zato svoj pomen dobijo »v relacijah difference, kar pomeni, da je za pomen neke besede bistvena njena razlika od neke druge besede« (Debeljak in drugi 2002: 29). Slednje bom ponazorila z nasprotjem zdravje in bolezen, saj je koncept zdravja smiselno šele, ko ga razumemo na podlagi njegovega razlikovanja od bolezni. Zdravje je »stanje telesnega in duševnega dobrega počutja, brez motenj v delovanju organizma« (SSKJ 1996), bolezen pa je, kot sem že prej omenila, »motnja v delovanju organizma« (prav tam).

Iz tega lahko nadalje z razliko med označevalci, besedami, ki označujejo koncept zdravja in bolezni, izpeljemo tudi pomen pojmov bolan in zdrav, saj so prav razlike med označevalci tisto, kar označuje (glej Hall v Luthar in drugi 2004: 52) človeka kot zdravega ali bolnega. Označenci in označevalci so »produkt določene kulture« (Fiske 2005: 58), kar pomeni, da tudi znak ustvari kultura, ki skozi jezik postane označevalska praksa. Isto kot za kulturo velja tudi za medije, ki z upodabljanjem oseb z duševnimi težavami nadaljujejo ali pa poudarjajo kulturno označevalsko prakso.

**Reprezentacija** lahko predstavlja realnost ali pa nadomešča širši niz pomenov, lahko je, kot smo videli, »proizvajanje pomena prek jezika« (Hall v Luthar in drugi 2004) ali pa nadomestek oziroma simbol nečesa (prav tam). V vsakem primeru je reprezentacija »proizvajanje pomenov koncepta, ki obstajajo v našem duhu, s pomočjo jezika« (Hall v Luthar in drugi 2004: 37) in »vezni člen med koncepti in jezikom, ki nam pomaga, da se *nanašamo* ali na »resnični svet« ali pa na izmišljene svetove fiktivnih predmetov, ljudi in dogodkov« (prav tam, str. 37).

Reprezentacija poleg omenjenega enostavnega delovanja lahko deluje tudi kot *mit*. S komuniciranjem pomenov postavimo pomene v širši družbeni, kulturni in zgodovinski kontekst, kjer lahko preidejo v vsakdanjo rabo in ustvarjajo nove pomene. Če prvotni pomen, ki ga predmet ali pojem dobi z označevanjem, s postavitvijo v širši družbeno-kulturni kontekst dobi nov pomen, lahko rečemo, da se je z novim pomenom ustvaril mit. Mit deluje kot sistem reprezentacije, pojem mita, kot druge ravni označevanja, pa opredeli **Barthes**, ki pravi, da je mit »poseben sistem, ker ga konstruira semiološka veriga, ki je obstajala že pred njim« (Barthes v Luthar in drugi 2004: 88). Reprezentacija je na enostavni ravni »ključni del procesa, v katerem člani iste kulture proizvajajo pomene in si jih izmenjujejo« (Hall v Luthar in drugi 2004: 35), na drugi, širši kulturni ravni pa deluje kot mit. Mit se oblikuje s pomočjo dveh ločenih a med seboj povezanih postopkov, kjer znak iz prve ravni označevanja na drugi stopnji procesa označevanja dobi bolj zapleten pomen. V prvem postopku se označevalci (predmeti) in označenci (koncepti) združijo in s tem ustvarijo znak, ki ima preprosto denotativno sporočilo, v drugem postopku pa se ta znak prvega reda poveže z drugo, širšo kulturno-ideološko vrsto označencev in dobi »drugo, bolj zapleteno in bolj ideološko sporočilo oziroma pomen« (Hall v Luthar in drugi 2004: 60). Barthes torej DeSaussurjevo označevanje na ravni jezika razvije v označevanje

na ravni kulture, pri čemer ravno tako uporabi trirazsežnostni vzorec označevalca, označenca in znaka.

De Saussure je s preučevanjem jezika potrdil nekaj, kar lahko nadalje uporabimo za obravnavanje medijskih reprezentacij, in sicer »da jezika ne moremo razumeti kot "ogledala", ki naj bi odražalo svet, saj je vselej kulturno proizveden, dinamičen in precej arbitraren splet diferenc, ki v različnih kulturah generira različna razumevanja resničnosti« (Debeljak in drugi 2002: 30). Barthesovo razumevanje mita pa nam je omogočilo širši pogled na označevanje, pogled, ki ga lahko uporabimo pri razumevanju zgodovinskih, družbenih, kulturnih, ideoloških in ne nazadnje medijskih reprezentacij oseb s težavami v duševnem zdravju.

Označevanje kot podeljevanje pomena se je v zgodovini označevanja bolezni najprej nanašalo na zunanje vidne znake, ki so kazali na to, da je nekdo bolan, norec, čarovnica ali pozneje duševni bolnik. Označevanje na telesni ravni ima korenine v boleznih, ki so se pojavile še pred norostjo, kot na primer gobavost, kjer je bilo glede na zunanje znake lahko ugotoviti, ali je človek gobav. S prehodom iz verskega obravnavanja bolezni in bolnikov v institucionalno obravnavanje bolezni in bolnikov so znaki, ki so označevali duševno bolezen, postali diagnostični izum, s katerim je psihiatrija kot institucija za ukvarjanje z duševnimi boleznimi označila neko bolezen za duševno in v skladu s temi znaki duševnemu bolniku predpisala diagnozo. Na podlagi diagnoze se je potem odredila metoda obravnavanja bolnika na medicinski ali psihiatričen način. Nekdanje teološke metode izganjanja hudiča iz tistih, ki jih je obsedel in so posledično lahko znoreli, so nadomestile nove medicinske in psihiatrične metode zdravljenja bolezni. Z označevanjem ljudi kot duševno bolnih so se v družbi utrdile vloge posameznika kot duševnega bolnika, psihiatra kot zdravnika in kliničnega psihologa kot strokovnjaka zunaj medicine (Szasz 1982).

Po mojem mnenju zgodovina označevanja in obravnavanja norosti, duševnih bolezni in motenj s pojavljanjem različnih oblik istih pojavov v različnih zgodovinskih obdobjih ustvarja mit, ki v komunikacijskem smislu pomeni prehajanje iste ideološke strukture pomena pojava iz enega zgodovinskega obdobja obravnavanja tematike v drugega in ohranjanje te strukture pomena v različnih zgodovinskih obdobjih. Mit na tak način v različnih zgodovinskih obdobjih vzdržuje družbeni red, postopke in

metode, ki ga hkrati tudi utrjujejo, iz česar sklepam, da je lahko mit iz enega zgodovinskega obdobja v drugega močnejši. V obdobju institucionalne psihiatrije so mit o duševnih boleznih vzdrževali in ohranjali psihiatri in splošno priznani medicinski postopki in metode zdravljenja, ki so še danes globoko usidrani v javno mnenje o duševnih motnjah in osebah s težavami v duševnem zdravju.

V razumevanju ustvarjanja duševnih boleznih in duševnih bolnikov lahko Barthesovo razumevanje mita navežemo na zgodovinsko-družbene razmere. Duševna bolezen se je, kot trdi Foucault (Horwitz 2002), začela razvijati šele v 17. stoletju, ko je »norec nadomestil gobavca kot označevalec grožnje in nereda v Evropi« (prav tam, str. 8). Beseda norec je v tem času kot označevalec na prvi ravni označevanja označevala koncept norega človeka (označenec) kot obsedenega ali bolnega človeka, skupaj pa sta beseda norec in koncept norega človeka ustvarila znak s preprostim denotativnim sporočilom, torej »nekaj fizičnega, kar naši čuti zaznavajo« (Fiske 2005: 54). Znak je bil v tem primeru norec sam, kot fizična oseba. Na drugi ravni označevanja pa je norec v povezavi s širšim kulturno-ideološkim konceptom (označencem) razmer tedanjega časa dobil nov, bolj zapleten ideološki pomen. Norec je torej na ravni mita pomenil grožnjo in nered v Evropi v 17. stoletju.

Prav tako se je razvil tudi mit norosti, saj poleg tega, da ustvarjamo koncepte stvari, ki jih zaznavamo, »ustvarjamo tudi koncepte stvari, ki jih še nikoli nismo videli« (Hall v Luthar in drugi 2004: 37), torej »koncepte precej nenavadnih in abstraktnih stvari, ki jih je na preprost način nemogoče videti, začutiti ali se jih dotakniti« (prav tam), kot so na primer norost, ljubezen, bog, hudič, sovraštvo in drugo. Norost je na prvi ravni označevanja v zgodovini verovanj in boleznih predstavljala obsedenost s hudičem in duševno bolezen, kot mit pa je predstavljala nevarnost pogube, ki preti družbi 17. stoletja, ki je bila zaznamovana z boleznimi, smrtjo, bojevanji za ozemlje in pripadnost. Tudi zdravljenje duševnih bolnikov lahko razumemo kot mit, ki označuje zgodovinsko preoblikovanje »verske države« v »terapevtsko državo« (Szasz 1982), ki namesto pregona, izгона in kaznovanja bolnih skrbi za njih in jih zdravi ter s preučevanjem duševnih boleznih prispeva k razvoju vednosti in znanosti.

### 3.2 Ustvarjanje in udejanjanje vednosti: verovanje in vedenje

Semiotični pristop je reprezentacijo razumel glede na to, kako besede v jeziku delujejo kot znaki, pozneje pa se je pojavil pristop, ki je reprezentacijo razumel kot vir ustvarjanja družbenega znanja (glej Hall v Luthar in drugi 2004: 63). Michael Foucault je z diskurzom, prek katerega se proizvaja vednost in ne zgolj pomen, prispeval nov pristop k obravnavi reprezentacije (prav tam). Foucault (Hall v Luthar in drugi 2004) je preučeval kako se v različnih obdobjih proizvaja naša vednost o družbenih ter utelešenih posameznih in skupnih pomenih. Zanimali so ga odnosi oblasti in ne odnosi pomena ter »pravila in prakse, ki proizvajajo smiselne izjave in reguliran diskurz v različnih zgodovinskih obdobjih« (Hall v Luthar in drugi 2004: 65). Foucault je razvil diskurzivni pristop k reprezentaciji, kjer ni preučeval jezika, ampak diskurz, ki kot sistem reprezentacije, proizvaja vednost prek jezika (Hall v Luthar in drugi 2004). Po Foucaultu diskurz skozi jezik in prakse »definira in proizvede objekte našega vedenja« (Hall v Luthar in drugi 2004: 65) in »obvladuje način, na katerega lahko o temi smiselno govorimo in razmišljamo« (prav tam). Poleg tega pa diskurz tudi »vpliva na to, kako ideje uresničujemo v praksi in jih uporabljamo za uravnavanje vedenja drugih« (prav tam). Glede na predstavljeno tematiko menim, da prevladujoči diskurz uravnava tudi naš odnos do drugih, kar bom prikazala v naslednjem poglavju.

Foucault (Hall v Luthar in drugi 2004) s historičnim pristopom k diskurzu, reprezentaciji in resnici stvari razume kot pomenljive in resnične »le v določenem zgodovinskem kontekstu« (prav tam, str. 67). Za Foucaulta (Hall v Luthar in drugi 2004) duševna bolezen »ni bila objektivno dejstvo, ki bi v vseh zgodovinskih obdobjih ostajalo enako in v vseh kulturah pomenilo isto« (prav tam, str. 67). Ko se je določena opredelitev norosti začela uresničevati v praksi, se je kot ustrezen subjekt znotraj diskurza o norosti pojavil tudi norec. Diskurz o norosti in norcih, duševnih boleznih in duševnih bolnikih vključuje tudi elemente, ki ga določajo, kot na primer izjave o objektih in subjektih, ki nam dajo določene vrste vednosti o teh rečeh in pravila, ki predpisujejo načine govorjenja o teh temah in nam povejo, kaj je v določenem zgodovinskem trenutku mogoče reči ali misliti o njih (glej Hall v Luthar in drugi 2004: 66). Poleg tega so pomemben element diskurza subjekti, ki na določene načine posebljajo diskurz in imajo lastnosti, ki naj bi jih pri teh osebah pričakovali



glede na način, na katerega je bila vednost o tej temi v tistem času konstruirana (prav tam). Iz Foucaultovega pojmovanja diskurza lahko povzamem, da diskurzi vsebujejo vednost in pomen, s čimer konstruirajo resnico v določenem zgodovinskem obdobju, poleg tega pa vsebujejo tudi razne institucionalne prakse, ki so organizirane in regulirane glede na osnovno temo diskurza.

Razlikovanje v opredeljevanju pojmov norost in duševna bolezen ter norec in duševni bolnik je razlikovanje med verovanjem in vedenjem, umeščeno v zgodovinski kontekst razvoja družbe in znanosti.

»V tradicionalnih kulturah naj bi ljudje "verjeli", zakaj je oseba hendikepirana ali obsedena z norostjo, v razvitejših družbah pa naj bi ljudje imeli "vednost" o virih in naravi hendikepa<sup>5</sup>. To razlikovanje je utemeljilo biološko-medicinski diskurz kot tisti diskurz, ki ima normativno "vednost", ki se je utemeljevala v poimenovanjih in s tem v pomenih« (Zaviršek 2000: 306).

V srednjem veku so pomene konstruirala verovanja, v 19. stoletju pa se je norost konstruirala kot duševna bolezen, ki so jo določali novi pomeni in nova vednost. Ti so nadalje ustvarili znanost in s tem tudi nov, znanstveni diskurz o duševnih boleznih in duševnih bolnikih. Tako je iz norosti nastala duševna bolezen in iz norca duševni bolnik. Foucault je med drugim prikazal preobrazbo medicinskega razumevanja bolezni iz klasičnega pojmovanja, da je bolezen ločena od telesa, v sodobno razumevanje, da »bolezen nastane znotraj njega in da jo lahko neposredno kartografiramo preko njenega poteka v človeškem telesu« (Hall v Luthar in drugi 2004: 67). »Ta diskurzivni premik je spremenil medicinsko prakso« in dal večji poudarek zdravniku, za katerega je veljalo, da lahko »prebere« bolezen. S to novo vednostjo pa se je povečala tudi »zdravnikova moč nadzorovanja pacienta« (Hall v Luthar in drugi 2004: 68).

»Foucault je pokazal, da ima proizvodnja bolezni v bolnišnici dolgo zgodovino, ter da je sestavni del razmerja med vednostjo in oblastjo« (Foucault 1998: 250).

---

<sup>5</sup> **Hendikep** označuje poškodovanosti, kakršne so gibalna oviranost, senzorna oviranost, intelektualna oviranost in težave z duševnim zdravjem (glej Zaviršek 2000: 7). Poleg tega vključuje tudi družbene prikrajšanosti, ki povzročajo diskriminacijo ljudi z naštetimi oviranostmi v vsakdanjem življenju (prav tam).

»Vednost se proizvede prav v razmerju, kjer ekspert preiskuje svoj objekt, kar ni nič drugega kot oblastno razmerje« (Foucault 1998: 250), kar pomeni, da je prav razmerje med podrejenim, ki je drugačen in zato potreben pomoči, ter tistim, ki je nadrejen, ker je »normalen«, pripeljalo do razvoja vednosti in medicinske znanosti o duševnih boleznih. »Konstrukcijo vednosti in znanosti, pa naj gre za medicinsko ali za humanistično, je le težko razumeti brez političnih, zgodovinskih in družbenih okoliščin, ki proizvedejo določeno vladajočo vednost« (Zaviršek 2000: 205), kar sem predstavila že na primeru ekonomskega pojmovanja produktivnosti telesa, v poglavju o duševnem zdravju in osebi s težavami v duševnem zdravju. Politični in medicinski diskurz sta se namreč ujela v interesu ohranjanja produktivne delovne sile (prav tam), s tem pa pripomogla k razvoju nove vednosti in posledično tudi k znanosti o duševnih boleznih.

Čeprav lahko občutimo nestrinjanje z verovanji in vedami preteklega časa in se zgražamo nad njihovimi metodami, ne moremo obsoditi zdravnikov in psihiatrov zaradi njihovih verovanj in delovanj v skladu s temi verovanji (glej Szasz 1982: 47). Vsako verovanje ima namreč neko notranjo logiko, ki zahteva določeno delovanje, kar velja tudi za vednost, iz katere se je razvila psihiatrična znanost. Seveda pa nekdanja verovanja in delovanja niso primerna za obdobje v katerem živimo, zato moramo upoštevati nove pomene in vednosti, ki se razvijajo iz nekdanjih verovanj in vednosti. To nas po mojem mnenju lahko pripelje k boljšemu razumevanju oseb s težavami v duševnem zdravju in boljšemu ravnanju z njimi.

## 4. STIGMATIZACIJA OSEB S TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU

V tem poglavju bom opisala vsakdanjo prakso označevanja oseb s težavami v duševnem zdravju. Stigma, predsodki in stereotipi so družbeni konstrukti, ki so nastali z nastankom družbe in izključevanjem posameznikov iz nje. Te družbene konstrukcije so tudi del vsakdana oseb s težavami v duševnem zdravju, ki se poleg bolezni soočajo še z rigidnimi družbenimi oznakami. Stigma, predsodki in stereotipi se v družbi že stoletja kažejo kot nujni del človekovega obvladovanja sveta in nadzora nad življenjskimi in družbenimi pojavi, saj omogočajo procesiranje in kategoriziranje kompleksnega sveta. V tem poglavju bom predstavila tako stigmo kot njene posledice, torej predsodke, stereotipe in diskriminacije, s katerimi se soočajo osebe s težavami v duševnem zdravju.

### 4.1 Izvor in splošna opredelite stigme: stigma kot družbeni konstrukt

V Slovarju slovenskega knjižnega jezika (1996) je **stigma** kot medicinski in psihiatrični pojem opredeljena kot krvav madež, lisa na določenih delih telesa, zlasti pri histerikih, ki je pri starih Grkih in Rimljanih pomenila znamenje, narejeno pobeglim sužnjem in hudodelcem. Opredelitev stigme se torej nanaša na označitev bolezni in je vezana na zgodovinsko označevanje.

Izvirna beseda stigma se je včasih nanašala na telesne znake, ki so kazali na nekaj nenavadnega in slabega, danes pa se ta izraz bolj kot za telesni dokaz sramote oziroma znak nečesa slabega uporablja za označevanje sramote (Goffman 1963). Posameznik je danes lahko stigmatiziran, ne da bi imel fizične znake nezaželenih lastnosti, ki se, kot bomo videli v nadaljevanju, kažejo kot upravičena osnova za stigmatiziranje.

L. M.Coleman (Ule 1999: 198) predlaga nov pogled na stigmo, in sicer pravi, da je stigma odziv na dilemo razlike. Tako navaja, da so »... v določenih

zgodovinskih obdobjih, v določenih kulturah oziroma v izjemnih družbenih skupinah nekatere lastnosti cenjene in zaželene, druge pa zaničevane, grozljive ali stigmatizirane« (Coleman v Ule 1999: 198). Nadalje Coleman ugotavlja, da »stigme delno odražajo vrednostne sodbe dominantne skupine« (prav tam, str. 199), kar pomeni, da dominantna skupina, ki ima v družbi moč, določi katera izmed množice človeških različnih lastnosti je nezaželena. Oseba, ki ima to lastnost, je podvržena stigmatizaciji, ki se zaradi družbeno konstruirane nezaželenosti zdi upravičena. Dominantna družbena skupina ima torej moč odločanja o zaželenih in nezaželenih razlikah oziroma lastnostih posameznikov, s tem pa tudi moč stigmatiziranja posameznikov s temi značilnostmi in moč izključevanja. Človeške razlike tako služijo kot temelj stigem, ki pomagajo ohranjati obstoječi družbeni red in hierarhijo. Stigme dajejo dominantni skupini občutek superiornosti, večvrednosti, stigmatizirani skupini pa občutek inferiornosti, manjvrednosti (glej Ule 1999: 199). Stigma kot »družbeni konstrukt, ki ga ustvarjajo kulture, družbene skupine in posamezniki« (prav tam, str. 201) izhaja iz razlik in »nekaterim posameznikom omogoča, da se čutijo boljše od drugih« (prav tam, str. 200).

V nadaljevanju bom preučila Goffmanova razmišljanja o stigmi, za katera menim, da so pomembna za njeno opredelitev. Goffman med drugim pravi, da »je stigma enaka nezaželeni drugačnosti« (Coleman v Ule 1999: 199). V neskončni raznolikosti človeških značilnosti pa je nezaželeno oziroma stigmatizirano močno odvisno od socialnega konteksta, kar kaže na arbitrarnost izbire nezaželenih razlik in s tem tudi na arbitrarnost stigme same. Goffman, prav tako kot Coleman, opredeli stigmo kot družbeni konstrukt in z razlago ponazori, kako se stigma razvije iz pričakovanj, ki jih imamo ljudje do pripadnikov družbe, kako ta pričakovanja posameznika uvrščajo v določeno družbeno kategorijo in s tem ustvarijo posameznikovo družbeno identiteto (Goffman 1963). Družba ustvari načine kategoriziranja oseb, kategorijam pripiše lastnosti, ki naj bi bile običajne in naravne za pripadnike vsake od teh kategorij in s tem ustvari pričakovanja, ki jih potem ljudje gojimo do pripadnikov družbe. Družbena identiteta, ki jo družba s kategoriziranjem pripiše posamezniku, je sklop lastnosti, ki naj bi jih posameznik imel in ki ga uvrščajo v določeno kategorijo. Glede na to družbeno identiteto ljudje gradimo pričakovanja do drugih pripadnikov družbe, se na njih naslanjamo in jih pretvorimo v normativna pričakovanja. Slednja prikažemo kot upravičene zahteve do teh posameznikov, saj jih

tako lahko uporabljamo v vsakdanjem življenju pri ravnanju z drugimi (Goffman 1963). Družbena identiteta posameznika torej nastaja s kategorizacijo v očeh pripadnika družbe, ki ima v družbi zaželene lastnosti. Iz tega sklepam, da si pripadnik družbe s svojo osebnostjo in drugimi dejavniki, ki ga definirajo kot pripadnika družbe, na primer delo, status, rasna, spolna, verska pripadnost in drugo, družbene identitete ne postavlja sam.

Stigme lahko postanejo zelo diskreditirajoče oznake, vendar pa Goffman (1963: 3) poudari, da ne gre za lastnosti same, ampak za odnos, saj lastnost, ki nekoga stigmatizira, lahko potrdi navadnost drugega. S pomočjo stigmatizacije osebe z nezaželeno lastnostjo izločimo iz družbe, ker ne izpolnjujejo normativnega pričakovanja, druge pripadnike družbe pa potrdimo kot »normalne«. Izločitev osebi z nezaželeno lastnostjo pripiše inferioren družbeni status, sledi pa ji dehumanizacija, ki omogoča, da lahko pripadniki družbe z zaželenimi lastnostmi upravičijo slabo, grdo in ponižujoče ravnanje s stigmatiziranimi osebami.

## **4.2 Odražanje stigmatizacije oseb s težavami v duševnem zdravju v realnosti: predsodki, stereotipi in diskriminacije**

Moje mnenje je, da je stigma, s katero se sooča oseba s težavami v duševnem zdravju, pogostokrat lahko večji problem kot duševna motnja. Človek s težavami v duševnem zdravju se v vsakdanjem življenju z njo pogostokrat srečuje. Stigma vodi v predsodke, »mikroideologije vsakdanjega sveta« (Ule 1999: 299), katerih temeljno polje delovanja in razvoja je »vsakdanji svet ljudi, vsakdanje interakcije z drugimi in drugačnimi kot smo "mi"« (prav tam). Stigma je vselej povezana tudi s stereotipi in diskriminacijo. »Stereotip ni poenostavljena ali prehitra generalizacija o ljudeh« (Rutar v Zaviršek 2000: 64), ampak je »vedno historičen in kompleksen, zato ga ni mogoče pojasnjevati z enostavnimi koncepti« (prav tam). Diskriminacija pa pomeni dajanje oziroma priznavanje manjših pravic ali ugodnosti komu v primeru z drugimi oziroma zapostavljanje nekoga v primeru z drugimi (SSKJ 1996).

Nekoč je bil odnos do norcev in duševnih bolnikov odkrito sovraštvo in nasilje, danes pa pri odnosu do oseb s težavami v duševnem zdravju prevladujeta ignoriranje, distanca in cinizem. Po mojem mnenju v tem času prevladuje hladno nezanimanje in tihi prezir do drugačnosti, zato sta izogibanje in distanca tipična odnosa do oseb s težavami v duševnem zdravju. Tradicionalne oblike diskriminacije oseb s težavami v duševnem zdravju so bile odkrite, neposredne, javne in afektirane, sedaj pa so osebe s težavami v duševnem zdravju nekakšni človeški radioaktivni odpadki, s katerimi nihče noče imeti opravka. Odnos do teh oseb in naše ravnanje z njimi upravičujemo z odvzemom človečnosti osebi s težavami v duševnem zdravju, saj po mojem mnenju verjamemo, da oseba s stigmo duševne bolezni ni čisto človeška. Mislim, da na podlagi te predpostavke ustvarimo neko teorijo stigme, ideologijo za razlago manjvrednosti osebe s tako stigmo, in tako zaključimo, da oseba s težavami v duševnem zdravju predstavlja družbi neko nevarnost. Slednje opravičuje uporabo množice diskriminacij pri odnosu do osebe s težavami v duševnem zdravju. Z dehumanizacijo, uporabo posebnih stigmatizirajočih izrazov, ki označujejo osebe s težavami v duševnem zdravju v vsakdanjem diskurzu, na primer norec, shizofrenik in drugimi, vzdržujemo diskriminacijo in pogostokrat posplošujemo napako, ki jo vidimo na osebi, v splošno nezmožnost in nesposobnost osebe. Diskriminacijo še bolj podkrepimo s sklicevanjem na zdrav razum, šesti čut in splošno razumevanje (Goffman 1963). Pri sklicevanju na zdrav razum je pomembno omeniti, da je zdrav razum kot struktura vsakdanjega življenja posebna oblika »nesistematičnih prepričanj, šepavih metafor ter samogibnih domnev« (Gramsci v Debeljak in drugi 2002: 98), ki lahko prodre globoko v življenje množic, vendar ni nespremenljiva (prav tam). Samoumevnost zdravega razuma, sprejemanje in uporaba zdravega razuma kot družbeno-kulturne označevalske prakse v obravnavanju oseb s težavami v duševnem zdravju pomeni, da se podrejamo vladajoči objektivni družbeni ideologiji in dajemo zdravemu razumu moč, da vpliva na dojetje izkustva s temi osebami. Razumevanje stigme kot produkta družbenega označevanja in ne realne lastnosti posameznika bi lahko spodkopalo predsodke, stereotipe in diskriminacije, s katerimi se soočajo osebe s težavami v duševnem zdravju.

V poročilu President's New Freedom Commission on Mental Health (2003) se stigma nanaša na:

»skupino negativnih odnosov in prepričanj, ki napeljujejo splošno javnost k strahu pred ljudmi s težavami v duševnem zdravju in zavrnitvi, izogibanju ter diskriminaciji ljudi z duševno boleznijo. Stigma napeljuje druge, da se izogibajo življenju in druženju z osebami s težavami v duševnem zdravju, delu z njimi, oddajanju stanovanj in zaposlovanju oseb z duševnimi motnjami, predvsem tistih, ki trpijo za težko motnjo kot je shizofrenija. To pa pri osebah z izkušnjo duševne motnje vodi v nizko samospoštovanje, izolacijo in brezup ter jih odvrne od tega, da bi poiskali in plačali pomoč. Kot odgovor na stigmo, ljudje s težavami v duševnem zdravju ponotranjijo javni odnos in zaradi neprijetnosti in sramu pogosto prikrivajo simptome in si ne poiščejo pomoči« (President's New Freedom Commission on Mental Health, Executive Summary, 2003: 11).

Taka opredelitev stigme kaže na to, da je stigmatizacija ljudi s težavami v duševnem zdravju velik družbeni problem, ki zavzema vse vidike življenja osebe s težavami v duševnem zdravju. Stigma iz abstraktnega pojma postane realnost, ko želijo ljudje s težavami v duševnem zdravju živeti in delati v okolju »normalnih«, ko se izkaže, da sicer »normalni« nimajo nič proti njim, dokler »duševno bolni« niso blizu njih, se pravi dokler držijo distanco in so tam, kamor spadajo – torej v psihiatrični bolnišnici. S pojmom »normalni« tukaj po Goffmanu (1963) opredeljujem tiste, ki ne odstopajo negativno od posebnih pričakovanj, ki jih ima družba do svojih pripadnikov. Družba in njeni posamezniki pričakujejo od pripadnikov družbe določene lastnosti in obnašanje, ki štejejo za normalne. Normalni so torej tisti pripadniki družbe, ki te lastnosti posedujejo in se obnašajo na določen način. Razlikovanje med »zdravimi« in bolnimi« – »nami« in »njimi« in stigmatizacija oseb s težavami v duševnem zdravju danes vodijo v prikrite predsodke in prikrite ter posredne diskriminacije. Nadalje tudi utrjujejo družbeno identiteto posameznika kot drugačnega in opravičujejo diskriminacijski odnos pripadnikov družbe do njega. V primeru duševnih bolnikov to na primer pomeni, da nihče nima nič proti njim, dokler ne živijo in ne delajo blizu, da se vsi strinjajo, da je treba za osebe s težavami v duševnem zdravju poskrbeti, vendar pa nihče noče biti udeležen pri tem.

Diskreditirajoč odnos družbeno ustvarjenega normalnega posameznika do družbeno ustvarjenega nenormalnega posameznika in stigma, ki izhaja iz tega odnosa, prehajata v realnost na različne načine. Odražata se v situaciji, ko se srečata »normalni« in »hendikepirani« in kot bomo spoznali v poglavju o medijskih reprezentacijah, tudi v medijih. Stigmo posamezniku družba pripiše, ko nima nekih predispozicij oziroma lastnosti, ki smo jih od njega kot pripadnika družbe pričakovali. Od človeka pričakujemo, kar je družba ustvarila in ohranja kot neka normativna pričakovanja, ki veljajo za zdrav razum, dejansko pa so bila konstruirana za potrebe družbe, kot pravi Goffman (1963). Učinki stigme kot abstraktnega pojma se pokažejo šele, ko se stigmatizirani in »normalni« – tisti, ki stigmatizira, srečata v situaciji, ko sta v direktni navzočnosti in v medijih. Moč stigme se torej izkaže v konkretni situaciji, v kateri sta soočena oba akterja, kjer je eden izmed njiju diskreditiran, drugi pa diskreditirajoči. Odnos med njima v tem primeru izhaja iz vnaprej določenega odnosa, ki ga pogojuje stigmatizacija posameznika z nezaželenimi lastnostmi.



## **5. MEDIJSKE REPREZENTACIJE OSEB S TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU KOT DUŠEVNIH BOLNIKOV**

V prvih treh poglavjih tematskega sklopa medijske reprezentacije duševnih bolnikov bom predstavila upodabljanje oseb s težavami v duševnem zdravju in najpogostejše probleme pri upodabljanju teh oseb, pri čemer bom upoštevala tako filme, televizijske nadaljevanke in ostale televizijske programe, knjige in oglase kot tudi novice in ostale časopisne članke. Upoštevala bom torej zabavne in informativne medijske vsebine, ki so omenjene v navedeni literaturi. Obravnavane upodobitve oseb s težavami v duševnem zdravju se bodo nanašale na tisk, televizijo in ostale medijske vire, ne pa tudi na radio in internet, saj večina navedene literature, raziskav in študij na to temo, pripisuje večjo pomembnost upodobitvam v tisku, na televiziji in v drugih medijskih vsebinah, kot so na primer filmi, oglasi in knjige. Prikazala bom, zakaj menim, da so medijske reprezentacije duševnih bolnikov na splošno negativne in tudi da je duševni bolnik upodobljen kot drugačen in drug ter nevaren in nasilen.

V zadnjih dveh poglavjih tega tematskega sklopa bom ugotavljala ali so tipične medijske karakterizacije in reprezentacije duševnega bolnika mit ali resnica; predstavila razloge, zakaj je duševni bolnik ne le medijski konstrukt, ampak tudi medijski produkt; in na koncu povzela kakšen vpliv imajo medijske reprezentacije oseb s težavami v duševnem zdravju na odnos javnosti do teh oseb.

Pri prikazovanju in obravnavanju medijskih reprezentacij oseb s težavami v duševnem zdravju kot duševnih bolnikov predpostavljam, da se medijske reprezentacije, kljub novim ugotovitvam znanosti, novemu razumevanju osebe s težavami v duševnem zdravju, in poskusih vzpostavljanja novih, pozitivnih odnosov do oseb s težavami v duševnem zdravju, do danes niso bistveno spremenile. Oseba s težavami v duševnem zdravju je po mojem mnenju v medijih tako še vedno obravnavana kot duševni bolnik.

## 5.1 Štirje najpogostejši problemi v medijskem obravnavanju duševnih bolnikov in duševnih motenj

Po Wahlu (2003) bom predstavila štiri najpogostejše in po mojem mnenju najpomembnejše probleme v upodabljanju oseb s težavami v duševnem zdravju, ki vplivajo na negativnost in netočnost medijskih reprezentacij teh oseb.

### 5.1.1 Netočni opisi duševnih motenj in napačna raba psihiatričnih pojmov

Mediji pogostokrat zamenjujejo izraze, povezane z duševnimi motnjami, najpogosteje zamenjujejo na primer izraza mentalna zaostalost in duševna motnja ter psihotični in psihopatski. Ameriški mediji po Wahlu (2003) uporabljajo psihiatrične izraze, kljub temu, da ne poznajo njihovega pravega pomena, kar pogostokrat pripelje do napačne rabe psihiatričnih pojmov in razlag. Ameriški mediji torej ne ločujejo med pojmi *psychotic*, kar pomeni psihotičen in se nanaša na dušo in duh; pojmom *psychopathic*, kar v medicinskem smislu pomeni psihopatičen in se nanaša na osebo, ki se sooča s psihotičnimi motnjami; in pojmom *psychosis*, ki označuje duševno motnjo, psihozo.

Duševna motnja in duševna zaostalost sta dve povsem različni stanji, prvo sem predstavila v poglavju o diagnostični psihiatriji. Druga, ki jo danes imenujemo duševna manjrazvitost, je lahko blaga, zmerna, huda ali globoka, vendar pa »ni definirana klinična enota, niti duševna bolezen« (Tomori in Zihlerl 1999: 303), ampak »eden od mnogih znakov prizadetosti osrednjega živčevja in je lahko posledica zelo različnih patoloških dejavnikov« (prav tam).

»O duševni manjrazvitosti govorimo, kadar inteligenčne sposobnosti in prilagoditvene zmogljivosti posameznika ne dosejajo ravni, ki je primerna za njegovo starost, in se ta globalni razvojni primanjkljaj izkaže že pred osemnajstim letom starosti. Celovito oceno duševne nerazvitosti sestavljajo tudi podatki o drugih značilnostih duševnega delovanja, socialne, osebnostne in vedenjske karakteristike« (Tomori in Zihlerl 1999: 303).

Mediji pri različnih upodobitvah oseb s težavami v duševnem zdravju ne upoštevajo širšega koncepta, iz katerega se je razvila besedna zveza duševni bolnik in duševna bolezen, ne prikažejo zgodovinskega, družbenega in kulturnega konteksta ter ne opozorijo, da gre pri specifičnih oznakah kot sta na primer shizofrenik in shizofrenija, za strokovne psihiatrične izraze, ki so prešli v vsakdanjo rabo, čeprav se pomen v medijih uporabljenih izrazov ne ujema s tem, kar ti izrazi v stroki poimenujejo in označujejo. Psihiatrični izrazi so kljub svoji neprimernosti za vsakdanjo rabo tako postali splošno sprejeti in se še danes uporabljajo za označevanje oseb s težavami v duševnem zdravju.

Zelo pogost problem po Wahlu (2003) je tudi prepogosta uporaba pojma shizofrenija za upodobitev različnih oblik duševnih motenj, saj je pojem shizofrenija postal splošno sprejet kot oznaka za katerokoli duševno motnjo, tako kot je po mojem mnenju izraz norec dolga leta veljal kot splošen izraz za čudne, drugačne osebe in s tem tudi za osebe s težavami v duševnem zdravju. V množičnih medijih je shizofrenija pogostokrat predstavljena kot razcepljena oziroma dvojna osebnost (Wahl 2003: 88), kar pomeni, da mediji o tej konkretni motnji širijo netočne informacije. Netočne informacije pa vplivajo na nerazumevanje duševnih motenj in s tem tudi oseb s težavami v duševnem zdravju.

### **5.1.2 Poudarjanje bolezni in motenj, ne človeka**

Oseba s težavami v duševnem zdravju je v medijih predstavljena kot duševni bolnik, pri čemer je poudarjena bolezen in ne oseba sama. Mediji strokovne oznake uporabljajo za označitev ljudi in ne bolezni, oseba s shizofrenijo tako postane shizofrenik, kar je tudi najbolj pogosta oznaka za osebe s težavami v duševnem zdravju nasploh, ne glede na vrsto duševne motnje, za katero trpijo. S splošno uporabo besedne zveze duševni bolnik in splošnim poimenovanjem oseb s psihiatričnimi izrazi, po mojem mnenju, razvrednotimo osebo kot tako, in se osredotočimo na njeno bolezen. Psihiatrične oznake, ki se v medijih uporabljajo za imenovanje oseb, so pomembne za stroko in znanost, ki se ukvarja z duševnimi motnjami, in nikakor niso primerne za javni in medijski diskurz, ki bi potemtakem moral uporabljati ustrežnejši izraz kot na primer oseba s težavami v duševnem

zdravju, sploh glede na sedanje obravnavanje tematike duševnega zdravja. Znanost je v primeru duševnih bolezni stopila pred človeka, zato medijsko povzemanje strokovnih izrazov pogostokrat razvrednoti in dehumanizira osebo s težavami v duševnem zdravju na bolno bitje brez vrednosti, pravic in življenja, za katerega morajo poskrbeti znanost, zdravstvo in družba. V preteklih obdobjih odkrivanja različnih duševnih bolezni in motenj je bila znanost pomembnejša od človeka, sedaj pa postaja pomembnejši človek in njegove človeške pravice. Če osebe, ki trpi za določeno obliko rakastega obolenja, ne imenujemo rakav bolnik, prav tako tudi osebe s težavami v duševnem zdravju ne bi smeli imenovati duševni bolnik. S takim poimenovanjem bolezen postane uradni naziv za človeka in tudi edina identifikacija človeka, ki bi se potemtakem lahko predstavljal kot: »jaz sem Shizofrenik«, in ne z imenom in priimkom, saj je njegova bolezen v bistvu njegova identiteta.

Označevanje ljudi s psihiatričnimi pojmi ter napačna raba teh pojmov vodita, kot sem že omenila, v dehumanizacijo oseb s težavami v duševnem zdravju. Sama menim, da mediji z utrjevanjem družbenih podob in s konstruiranjem novih lastnosti in s tem pomenov duševnih bolnikov, osebam s težavami v duševnem zdravju odvzamejo individualno identiteto. Tako oseba s težavami v duševnem zdravju poleg družbene identitete dobi tudi posebno medijsko identiteto, ki jo bom obravnavala v poglavju o drugačnosti in drugosti ter nevarnosti in nasilnosti duševnih bolnikov. Po mojem mnenju, duševna motnja s stigmatizacijo v družbi in z upodabljanjem v medijih, sprva postane bolj pomemben vidik identitete, kot pa samo ime človeka in nadalje nadomesti posameznikovo identiteto – ni več on sam, ampak je svoja motnja. Tako duševna motnja skozi medije postane označevalec za posameznika, ki se z njo sooča. Namesto imena posameznika mediji uporabljajo psihiatrični pojem, s katerim označijo človeka, in mu tako s pomočjo označevanja odvzamejo njegovo individualno identiteto in pripišejo novo – medijsko. Ta nova medijska identiteta je medijski konstrukt, umetno ustvarjen za ločevanje med »nami« in »onimi«, za poudarjanje drugačnosti, negativnih lastnosti in nevarnega obnašanja oseb s težavami v duševnem zdravju.

### 5.1.3 Uporaba slenga pri obravnavanju duševnih motenj in oseb s težavami v duševnem zdravju

Mediji pri obravnavanju duševnih motenj in ljudi s težavami v duševnem zdravju uporabljajo slengovske izraze (Wahl 2003), od katerih so najpogostejši: norec, norc, zmešan, bolan, čudak, prismojenec, prismojen, bedak, trapast, manijak, nevrotik, shizofrenik. Zadnja dva izraza že kažeta že na poimenovanje oseb s psihiatričnimi pojmi. Oseba s psihozo ali katerokoli drugo duševno motnjo se pogostokrat označi kot »psihič«, kar kaže na preprosto, slengovsko besedišče pri obravnavanju problematike oseb s težavami v duševnem zdravju. Menim, da je problem uporabe slengovskih izrazov v tem, da so že v osnovi nespoštljivi do osebe s težavami v duševnem zdravju, in zaradi tega žaljivi. Američani imajo še posebej veliko izrazov za norce, v slovarju angleškega jezika namreč najdemo zelo veliko slengovskih izrazov za norost in norce, duševne bolezni in osebe s težavami v duševnem zdravju, kot na primer crazy, sick, nut, loon, wacko, weirdo, screwy, fruitcake, kook, cuckoo-bird, maniac. Ti izrazi so nespoštljivi, izražajo nerazumevanje ljudi s težavami v duševnem zdravju in premalo sočustvovanja z njimi. Pogostokrat se ti izrazi uporabljajo v komičnih upodobitvah duševnih bolnikov. V preteklosti je pogostokrat obveljala splošna, vsem znana oznaka duševnega bolnika kot norca, kar je omogočalo lažje razumevanje in je poenostavilo komuniciranje, kadar je šlo za obravnavanje duševnih bolezni in duševnih bolnikov.

Mnogo izrazov je še danes v vsakdanji rabi, vendar jih je veliko že izgubilo žaljivi prizvok (Wahl 2003: 24). Izraz »noro« je na primer neškodljiv in splošno sprejet kot izraz javnega izražanja, a ima danes veliko pomenov. »Noro« lahko pomeni dobro, neverjetno, bolno, slabo in marsikaj drugega. Menim, da danes obstaja veliko izrazov, s katerimi bi lahko nadomestili besedo »noro« in hkrati ohranili njen pomen, vendar se je do sedaj ta beseda s svojimi različnimi pomeni že tako ukoreninila, da bi bilo verjetno potrebno spremeniti kulturni kod, ki jo je ustvaril in utrdil, če bi želeli spremeniti pomen besede.

#### 5.1.4 Komične upodobitve duševnih bolnikov

Različni mediji duševno motnjo pogostokrat uporabljajo za ustvarjanje posebne vrste humorja. Šaljive upodobitve duševnih bolnikov lahko vidimo v repertoarjih komedijantov, filmskih komedijah, televizijskih nadaljevankah in celo risankah (Wahl 1995/2993). Osebe s težavami v duševnem zdravju so upodobljene kot bolniki s smešnimi in čudnimi navadami, običajno so poudarjeni posebni simptomi duševnih motenj, kot na primer ponavljanje besed, fraz in določenih dejanj. Problem takih upodobitev je po mnenju strokovnjakov na področju duševnega zdravja v tem, da sporočajo napačne informacije in s tem banalizirajo in podcenjujejo duševne motnje (Wahl 2003). Po mnenju strokovnjakov na področju duševnega zdravja komični portreti niso upodobitve pravih bolnikov, ampak so »enodimenzionalne karikature, ki slabo predstavljajo kompleksnost, neprizanesljivost in resnost duševnih bolezni« (Wahl 2003: 32). Take upodobitve so nevarne za samopodobo oseb s težavami v duševnem zdravju, ki se, tudi zaradi takih upodobitev, srečujejo z vsakdanjimi diskriminacijami na podlagi stigme, predsodkov in stereotipov ter nesprejetostjo v družbo. Šaljive upodobitve pogostokrat razvrednotijo osebe s težavami v duševnem zdravju, saj so v osnovi nespoštljive in ne upoštevajo tega, da lahko prizadenejo posameznike s težavami v duševnem zdravju (glej Wahl 2003).

Upodobitve oseb s težavami v duševnem zdravju kot smešnih in komičnih po mojem mnenju izhajajo iz zgodovinskega pojava dvornih norcev kot »ene izmed redkih prestižnih institucij, povezanih z norostjo« (Flaker 1998: 92). Dvorni norec je kot komična, zabavna in porogljiva figura, moral obvladati marsikatero spretnost, tako pripovedovanje domislic in praktičnih šal, kot tudi recitiranje in žongliranje, obstajala pa so celo učna središča za vzgojo dvornih norcev (prav tam). Ta zgodovinski koncept dvornega norca, ki počne smešne in neumne stvari ter se smešno in neumno obnaša, je v sedanosti negativno predstavljen. V času dvornih norcev, je norec veljal za neškodljivega burkeža, ki s svojo norostjo zabava množico, danes pa, nekdanj sicer pozitivno označevanje, vsebuje prikrit prizvok posmeha. Šaljive upodobitve oseb s težavami v duševnem zdravju kot smešnih figur, ki naj bi zabavale medijsko občinstvo, se naslanjajo tudi na pojmovanje norosti v obdobju »renesanse«, ki ga opisuje Foucault (1963/1998), saj je bila v tej dobi norost lahko lahka, igriva in brezskrbna, norec pa je bil neškodljiva in pogostokrat ustvarjalna

ali celo genialna oseba, ki je v svoji norosti ustvarjala nekaj, kar je bilo svetu razuma povsem nerazumljivo.

## 5.2 Drugačnost in drugost duševnih bolnikov kot tipična medijska reprezentacija duševnih bolnikov

Pri medijskih reprezentacijah duševnih bolnikov se srečujemo s pojmom drugačnosti in drugosti ljudi s težavami v duševnem zdravju. Pri medijskih upodobitvah oseb s težavami v duševnem zdravju kot duševnih bolnikov moramo upoštevati, da »mediji niso zrcalo sveta kot takega, pač pa ga zgolj reprezentirajo. Materialnega sveta namreč ne smemo enačiti s simbolnim procesom, preko katerega delujejo reprezentacije, pomeni in jezik« (Kuhar 2003: 11).

V družbi in medijih prevladuje mnenje, da je oseba, ki trpi za duševno motnjo v osnovi **drugačna** od drugih ljudi, od katerih se razlikuje v treh pomembnih komponentah: fizični pojavi, obnašanju in pomanjkanju osnovnih sposobnosti (Wahl 2003). Marsikdo meni, da lahko duševnega bolnika prepozna že na prvi pogled in da se duševno bolezen lahko prepozna v pojavi, očeh, po glasu in govoru. Ljudje označujejo duševne bolnike kot drugačne kljub temu, da se te oznake pogostokrat ali pa nikoli ne ujemajo z njihovimi dejanskimi izkušnjami z ljudmi, ki trpijo za kakšno izmed duševnih bolezni (prav tam).

V obsežni ocenitvi medijskih reprezentacij duševnih bolezni, je Jum Nunnally (glej Wahl 2003: 36) v poznih petdesetih ugotovil, da se na splošno medijski prikazi močno razlikujejo od tega, kar naj bi se, po mnenju strokovnjakov duševnega zdravja, v množičnih medijih govorilo o psihiatričnih motnjah. Po mnenju strokovnjakov psihiatrije je duševna bolezen zgolj del posameznikovega celotnega delovanja, duševnega bolnika pa je težko razločiti od drugih ljudi. Osebe s težavami v duševnem zdravju so torej zaznamovane z nalepko, s stigmo drugačnosti, po videzu in obnašanju, kar je po mojem mnenju razlog, da jih množični mediji prikazujejo kot prepoznavno drugačne od drugih, tako drugačne, da se jih da od drugih ločiti že na

prvi pogled. Mediji v reprezentacijah ljudi s težavami v duševnem zdravju poudarjajo čudne, predvsem zunanje, znake drugačnosti.

**Fizična pojava duševnih bolnikov** kot prva pomembna komponenta, po kateri se ljudje s težavami v duševnem zdravju razlikujejo od drugih, se v medijih kaže kot skupek zunanjih značilnosti, po katerih lahko sklepamo, da gre za duševnega bolnika (Wahl 2003). Te zunanje karakteristike so: razmršeni, nepočesani, ščetinasti, štrleči lasje; čuden, steklen pogled; velike, izbuljene, divje, široko odprte oči; široko odprta usta. **Tipično obnašanje duševnega bolnika** pa je v medijih predstavljeno kot: glasen, nekontroliran smeh, momljanje in čudno, nepovezano govorjenje. Duševnega bolnika torej izdajajo oči, glas, govor, nenavaden fizični videz, izraz »čudna pojava« pa se stalno uporablja za namigovanje na duševno motnjo (Wahl 2003).

Tretja komponenta upodabljanja oseb s težavami v duševnem zdravju v medijih je **pomanjkanje osnovnih sposobnosti**. Osnovne sposobnosti se v tem primeru nanašajo na življenje, preživljanje, delo, družino in drugo. Problem tako družbenega pojmovanja kot medijskih upodobitev duševnih bolnikov je odsotnost družbene identitete (Wahl 2003). Različne študije medijev (Wahl 2003) dokazujejo, da so osebe s težavami v duševnem zdravju v medijih predstavljene drugače kot večina resničnih ljudi s težavami v duševnem zdravju. Večina oseb s težavami v duševnem zdravju ima družine, službe, aktivno sodeluje v družbi in ima potemtakem tudi svojo družbeno identiteto. Vendar pa je ta drugačna od tiste, ki jim jo pripisujejo mediji. Ljudje s težavami v duševnem zdravju so v medijih predstavljeni kot neporočeni, brez otrok in prijateljev, kot da niso starši in nimajo družin, niso zaposleni in tudi ne delajo, saj se je njihova delovna sposobnost zaradi duševne bolezni poslabšala. Predstavljeni kot taki, niso ljudje s katerimi bi se povprečen gledalec lahko poistovetil, identificiral ali se v njih vživel. Menim, da so medijske zgodbe na splošno polne vsebin, ki poudarjajo, kako nevarni so duševni bolniki namesto tega, da bi se prikazalo njihovo normalno življenje in to, da lahko normalno delajo, imajo družine, se udeležujejo v družbi in pomembno prispevajo k njenemu napredku, saj je povsem »normalno« življenje in delovanje pogostokrat realnost oseb s težavami v duševnem zdravju. Tudi brezdomcev, ki ne živijo po družbenih normativih, ne delajo in ne prispevajo k družbenemu napredku, ne označujemo kot duševnih bolnikov. V



medijih niso izpostavljeni primeri ozdravljenih oseb s težavami v duševnem zdravju, niti oseb s težavami v duševnem zdravju, ki kljub svojim motnjam normalno živijo in delujejo v družbi (Wahl 2003). Primeri predelane literature kažejo na to, da osebe s težavami v duševnem zdravju lahko uresničujejo svoje sposobnosti, se zmorejo spopadati z običajnimi naporji življenja in zmorejo produktivno in uspešno delati ter prispevati k svoji skupnosti. To pomeni, da izpolnjujejo predpostavko o duševnem zdravju Svetovne zdravstvene organizacije, celo bolj kot na primer brezdomec ali revež. Če se nanašamo na definicijo duševnega zdravja Svetovne zdravstvene organizacije, so »duševni bolniki« popolnoma zdrave osebe, ki trpijo za težavami v duševnem zdravju, a se kljub temu zmorejo spopadati z običajnimi naporji življenja. Res pa je, da se pri nekaterih naporih umaknejo in si do premostitve težav pomagajo z zdravili in drugimi možnimi načini, kar stori tudi marsikdo, ki sicer nima duševne motnje, pa se mora umakniti iz vrveža dela in življenja, da si »napolni baterije«, kot radi rečemo. Menim, da osebe s težavami v duševnem zdravju lahko pomembno prispevajo k svoji skupnosti, in uspešno delajo, ter s tem prispevajo k napredku družbe, če pa se pojavijo težave, se umaknejo, da te težave rešijo. Take vrste umiku, ki kaže na težave v duševnem zdravju in ne na resno duševno bolezen, kot to po mojem mnenju prikazujejo mediji, bi lahko rekli nabiranje »duševne kondicije« (Glasser 2003). Tako kot potrebujemo telesno kondicijo, da preprečimo nekatere telesne bolezni, potrebujemo tudi duševno kondicijo, da preprečimo nekatere duševne motnje ali pa da izboljšamo stanje, v primeru, da se soočamo z njimi.

Poleg drugačnosti, ljudi s težavami v duševnem zdravju opredeljuje tudi pojem **drugosti**, ki ima dolgo zgodovino izključevanja posameznikov.

»Ena od najzgodnejših znanih omemb drugega je grška beseda "barbaros", ki so jo Grki začeli uporabljati za "tujce" med 7. in 6. stoletjem pr.n.š. (lat. barbarus). Beseda barbaros je bila onomatopojia (bla-bla) in je pomenila nerazumljiv jezik tistih, ki niso govorili grško. Od 4. stoletja pr.n.š. naprej pa so helenistični Grki z besedo barbaros začeli ločevati sebe od tistih, ki so jih imeli za inferiorne. Oznako barbaros so namenili tistim, ki so govorili tuj, njim nerazumljiv jezik, da bi utrdili idejo o manjši človeškosti tistih, ki jih sami niso razumeli« (Zaviršek 2000: 64).

Ustvarjanje drugosti z družbenim razlikovanjem med nami in njimi, med zdravimi in bolnimi in družbena meja, ki se pri tem vzpostavi, omogočata izključevanje oseb s težavami v duševnem zdravju iz družbe, na podlagi stereotipov in predsodkov. Določena skupina drugega ustvari tako, da ga s primerjanjem, (npr. tuj in ne naš), klasifikacijami in hierarhizacijo, (npr. inferioren), izključi iz svoje skupine in mu dodeli status drugega. Pojem drugosti se je razvil pred pojmom normalnosti. Proces ustvarjanja drugega se je začel že v 7. stoletju pred našim štetjem, medtem ko se je proces ustvarjanja norme in s tem normalnosti začel šele konec 18. stoletja (Zaviršek 2000). Menim, da normalnost ne more obstajati in biti uveljavljena v družbi in medijih brez svojega nasprotja in reprezentacij sebe in tega nasprotja, saj zaradi obstoja reprezentacij o nenormalnosti lahko normalni ohranjajo in vzdržujejo svoje predstave o normalnosti. »Medijske podobe hendikepiranih ljudi so potemtakem vključene v kulturni prostor zato, da krepijo predstave o normalnosti« (Zaviršek 2000: 300).

Na podlagi stereotipov in predsodkov družbe že stoletja izključujejo posameznike iz svoje sredine. »Zgodovino izključevanja je mogoče raziskovati z dvema ločenima procesoma: s procesom konstituiranja drugosti in drugega in s procesom ustvarjanja norme« (Zaviršek 2000: 63). Menim, da je bil duševnim bolnikom skozi leta dodeljen družbeni status drugih, status normalnega pa je veljal za poseben privilegij, ki ga imamo mi in ne oni. S tem razmejevanjem družba določi meje, vzdržuje normalno stanje, in se tako ohranja. »Koncept normalnosti« (Zaviršek 2000), z besedo »normalno« označuje nekaj »kar konstituira, kar ustreza občemu standardu ali tipu in ne odstopa ali ni drugačno od njega, torej nekaj, kar je vsakdanje ali regularno« (Zaviršek 2000: 76). Iz tega koncepta se nadalje razvije norma, ki postane obči imperativ (Zaviršek 2000). Izključevanje je način, kako družba z izločevanjem, s pospravljanjem ali skrivanjem izloči anomalije, ki jo ovirajo pri njenem razvoju, in s tem ohrani red in svoje mehanizme delovanja. »Pregled medijskih reprezentacij pokaže, da večina utrjuje normo normalnosti in poudarja "drugost" hendikepiranih« (prav tam, str. 282). Pri razumevanju koncepta normalnosti je pomembna tudi kulturna konceptualizacija normalnosti, saj primeri različnih kultur kažejo na kulturno opredeljenost pojma normalnosti in nenormalnosti. Benedictova (Horowitz 2002: 7), je v preiskovanju veljavnosti zahodne definicije normalnosti in nenormalnosti ugotovila, da so vedenja, ki jih zahodna psihiatrija definira kot

nenormalna, na primer paranoja, napadi, transi in podobna, v drugih kulturah sprejeta kot znaki posebne povezave z nadnaravnimi močmi. Pripadniki teh kultur, ki se tako vedejo, pa so sprejeti kot vodje in avtoritete.

Nadalje sta drugačnost in drugost osebe s težavami v duševnem zdravju v medijih lahko upodobljeni kot negativna drugačnost in drugost in kot neverjetna drugačnost in drugost. **Negativna drugačnost in drugost** se nanašata na pojavo, obnašanje in splošno nesposobnost za življenje in delovanje, kar sem že obdelala v tem poglavju, in na nevarnost in nasilnost oseb s težavami v duševnem zdravju, kar bom predstavila v naslednjem poglavju. **Pozitivna drugačnost in drugost** pa se nanašata na neverjetne dosežke ali »fascinacijo s patološko kvaliteto« (Zaviršek 2000: 303) in na »nenavadno navadnost« (prav tam, str. 296), pri čemer slednja pomeni vsakdanja dejanja oseb s težavami v duševnem zdravju, ki jih od njih, kot »duševno bolnih«, ne pričakujemo, kot na primer, da nam bodo vrnilo izgubljeno denarnico, da se bodo normalno pogovarjali z nami in tako dalje.

Po eni strani so osebe s težavami v duševnem zdravju označene kot čudne, nevarne in nasilne, po drugi strani pa kot neverjetno sposobne ali celo genialne, kar nakazuje na neverjetno drugačnost. S tem označevanjem se norost manifestira enkrat kot bolezen in drugič kot genialnost. Stereotip norosti »ki je enkrat stigmatizirana kot bolezen, drugič pa povezana z genialnostjo in posebnimi talenti norih ljudi« (Zaviršek 2000: 304) nam v vsakem primeru sporoča, da »hendikep ni del človeške vsakdanjosti, temveč nečesa drugega« (prav tam, str. 303). Fascinacija nad genialnostjo »norcev« oziroma »duševnih bolnikov« in označevanje norosti kot posebnega stanja duha, v katerem je oseba lahko neverjetno ustvarjalna, se kaže v filmih, ki poudarjajo neverjetne dosežke in sposobnosti oseb s težavami v duševnem zdravju, kot na primer film *Sijaj*. V tem filmu najdemo »esencialistično prepričanje, da je v sami norosti tudi nekaj genialnega in naravno ustvarjalnega« (Zaviršek 2000: 302). Wahl (2003: 44) navaja primer osebe s težavami v duševnem zdravju, ki je v psihiatrični bolnišnici napisala časopisni članek o ročnih jedrskih orožjih, ki je bil objavljen v vojaški reviji. To je bilo za mnoge popolnoma neverjetno, saj osebe s težavami v duševnem zdravju »domnevno ne morejo biti tako pametne, talentirane in posvečene nečemu kot vsi ostali izmed nas« (prav tam). Menim, da je presenečenje nad genialnostjo v primeru poznavanja dejstva, da so bili nekateri izmed znanih

piscev, avtorjev, slikarjev in drugih umetnikov, kot na primer Virginia Wolf, Sylvia Plath, Ernest Hemingway, Vincent, Van Gogh in še bi lahko naštevali, »duševni bolniki«, popolnoma nerazumljivo.

### 5.3 Nevarnost in nasilnost duševnih bolnikov kot tipična medijska reprezentacija duševnih bolnikov

V medijih in družbi nasploh prevladuje mnenje, da so osebe s težavami v duševnem zdravju nevarne sebi in drugim in tudi nasilne do drugih (Wahl 2003). Osebe s težavami v duševnem zdravju so obravnavane in upodobljene kot nevarni in nasilni kriminalci, nevarnost in nasilje se nadalje povezujeta tudi z nepredvidljivostjo. Menim, da na splošno lahko ločimo dve vrsti kriminalnih duševnih bolnikov: eni so tisti, ki so bolni in so na prostosti, drugi pa tisti, ki se po hospitalizaciji vrnejo nazaj v družbo. Obeh se ljudje bojijo, prvih zato, ker ne vedo, kaj bodo kot duševni bolniki naredili, drugih pa zato, ker vedo kaj lahko storijo, saj so bili hospitalizirani, kar potrjuje domnevo, da so nevarni in nasilni. Medijske reprezentacije duševnih bolnikov kot nevarnih in nasilnih imajo tako kot reprezentacije duševnih bolnikov kot drugačnih in drugih korenine v zgodovini pojmovanja duševnih bolezni in duševnih bolnikov. Kot smo videli v poglavju družbenega zapiranja, so duševne bolnike z verigo priklenili na steno, postelje ali steber, da niso mogli škoditi drugim, in da bi lahko obvladali njihovo agresijo. Upodabljanje oseb s težavami v duševnem zdravju kot nevarnih pa je, kot bomo videli, pogostokrat dramtizirano in pretirano.

V medijskih reprezentacijah se pojavljajo določeni **trendi upodabljanja ljudi s težavami v duševnem zdravju** (Wahl 2003), ki pa niso vedno prikaz realnosti. V nadaljevanju bom predstavila te trende in ugotavljala razloge za take upodobitve.

**1. Portretirani duševni bolniki so skoraj vedno moški, njihove žrtve pa so običajno ženske.** Moški duševni bolniki so upodobljeni kot nori morilci, podleži, družbeno izolirani nasilneži in pogostokrat tudi kot utelešenje zla. Ženske so predstavljene kot nemočne, nedolžne, nič hudega sluteče in ranljive žrtve, ki nimajo odnosa z duševno bolnim morilcem oz. z njim niso povezane. Menim, da s takimi

upodobitvami oseb s težavami v duševnem zdravju, avtorji medijskih vsebin (člankov, televizijskih oddaj, filmov, knjig idr.) stopnjujejo napetost z idejo, da lahko norci, v medijskih reprezentacijah pogostokrat imenovani tudi blazneži, napadejo vsakega, tudi prejemnika medijskih vsebin. Menim, da upodabljanje žensk kot žrtev duševnih bolnikov lahko povežemo z zgodovinskim pojmovanjem moškega in ženske. Med moškim in žensko obstaja biološka razlika, ki temelji na različni naravi moškega in ženske. Moški naj bi bil večji, močnejši, inteligentnejši in strastnejši od ženske, ženska pa naj bi bila telesno šibkejša, manj inteligentna, pasivna in počasna (glej Zaviršek 2000: 202). Z biološkega stališča je torej ženska idealna žrtev moškega duševnega bolnika. Poleg biološke razlike med moškim in žensko pa bi omenila še družbeno razliko, ki nastane iz biološke. Najprej se je »fizičnemu razlikovanju pridružilo pripisovanje različne čustvene strukture« (Zaviršek 2000: 202) in kasneje še različne družbene strukture, zato medijske reprezentacije duševnih bolnikov poudarjajo tradicionalne vloge moškega in ženske, pri čemer je moč v telesu in umu moškega, medtem ko je ženska nemočna. Moška dominacija nad nemočno žensko žrtvijo je že v osnovi zajeta v vsebinah, ki naj bi pritegnile pozornost občinstva, vendar v primeru medijskih reprezentacij duševnih bolnikov, žensk ne napadajo vsi moški, ampak zgolj duševni bolniki (glej Wahl 2003: 68).

**2. Pri medijskih upodobitvah duševno bolnih morilcev so pomembni tako intenzivnost nasilja kot tudi število storjenih zločinov in predmet, ki ga zločinec uporabi pri nasilju.** Duševna bolezen se v medijih enači z brutalnim nasiljem, duševni bolnik pa z zverinskim divjakom, ki za svoj zločin uporablja mesarski nož, britvico, sekiro ali škarje. Zločini duševnih bolnikov vključujejo mučenje, razkosavanje in kanibalizem. Vizualne podobe kriminalnih duševnih bolnikov v filmih, na televiziji in v filmskih oglasih sporočajo, da so duševni bolniki zelo nevarni in se jih moramo še posebej bati, saj ne samo morijo, ampak to počnejo na strašen način (glej Wahl 2003: 72). Predvsem v filmih in televizijskih nadaljevankah so duševni bolniki prikazani kot množični morilci, ki za sabo puščajo ducate trupel. Večje kot je nasilje, večje kot je orodje, več kot je žrtev, bolj je medijska vsebina zanimiva za gledalca. Menim, da morajo biti duševni bolniki kot medijsko sredstvo zadovoljitve potreb gledalca, »super nevarni«, kar pomeni, da morajo pretirano nevarnost izražati že navzven, torej s svojo podobo. To pride najbolj do izraza v filmskih reklamnih oglasih, ki vizualno poudarjajo nasilje, ki naj ga pričakujemo od duševno bolnega karakterja v

filmu (Wahl 2003). Duševni bolnik je v filmskih oglasih upodobljen v grozeči pozi, ki brez besed izraža njegovo zverinsko nasilje (glej Wahl 2003: 71). Lahko je upodobljen zamegljeno, v temi ali v ozadju, pa po njegovih skuštranih laseh, sključeni postavi in orodju, ki ga drži v roki vemo, da gre za duševno bolnega morilca (prav tam). Menim, da omenjene lastnosti medijskega duševno bolnega morilca, razčlovečijo osebo s težavami v duševnem zdravju in ji nadenejo nevarno in neukrotljivo živalsko podobo. To izhaja iz zgodovinskega pogleda na norca, ki so ga zaradi neobvladljivosti, ki so jo povzročali živalski hlapi, ki so se pretakali v njem, morali prikleniti ali privezati na posteljo ali steber. Razlog za prikazovanje oseb s težavami v duševnem zdravju kot nasilnih, in potenciranje te nasilnosti do skrajnosti, je po mojem mnenju tudi v tem, da je duševni bolnik poleg medijskega konstrukta tudi medijski produkt, kar bom povzela v podpoglavju o zgodovinskem kontekstu in dobičkonosnosti kot razlogoma za ohranjanje mita drugačnosti in nevarnosti duševnega bolnika.

**3. Medijske upodobitve duševnih bolnikov kot morilcev slonijo na domnevi, da človek postane kriminallec zaradi duševne bolezni.** Tako kot pri drugačnosti je tudi pri kriminaliteti duševna bolezen vzrok za spremembo v obnašanju človeka. Prej navaden, »normalen« pripadnik družbe, ki upošteva zakone in prispeva k družbenemu napredku postane podlež, ko ga prizadene duševna bolezen. Ta domneva ščiti ljudi pred spoznanjem, da bi lahko nasilna dejanja storili ljudje, ki nimajo duševne bolezni in tudi pred možnostjo, da bi lahko bila družba, z zanemarjanjem ljudi, ki so podvrženi razvoju kriminalnega obnašanja, z odnosom in politiko do orožja, alkohola in kazni, sama odgovorna za kriminaliteto (Wahl 2003). Sama menim, da duševna motnja zmoti in spremeni človekovo »normalno« delovanje, vendar ne v skrajnosti, ki jih opisujejo mediji, saj večina oseb s težavami v duševnem zdravju kljub bolezni lahko »normalno« živi, deluje in prispeva k družbi, kar sem že prikazala v prejšnjih poglavjih in kar bom predstavila tudi v naslednjem podpoglavju. Duševna bolezen je namreč, v obliki norosti, dolgo obdobje pojasnjevala nerazumljive pojave in obnašanje oseb.

**4. Duševni bolniki so »utelešeno zlo« (Fleming in Manvell v Wahl 2003: 75).** Duševno bolni karakterji, ki nastopajo v medijih kot domnevni predstavniki oseb s težavami v duševnem zdravju, niso samo bolni, ampak tudi zli in s tem slabi ljudje.

»Ta povezava duševne bolezni z moralno zastrupljenostjo ima močne socialne in verske korenine« (Wahl 2003: 75). Za razumevanje duševnih bolnikov kot utelešenega zla je pomemben zgodovinski kontekst religioznega razumevanja duševnega bolnika kot norca, ki ga je obsedlo neko čudno, nerazumljivo zlo, zaradi katerega je človek znorel in za katerega so nekoč verjeli, da ga je mogoče izgnati.

## **5. Duševni bolniki so nepopravljivo bolni in nevarni in ne morejo ozdraveti.**

»Sporočilo, ki ga zdaj jasno in glasno širijo mediji, je, da *si z diagnozo duševne bolezni ne morete na noben način pomagati*« (Glasser 2003: 21). Medijski duševni bolniki so predstavljeni kot neozdravljivo bolni, mediji poudarjajo, da nekdanji duševni bolniki ostanejo nagnjeni k nasilju. Kot neozdravljivo bolni in nepopravljivi so duševni bolniki predvsem v televizijskih vsebinah in filmih tudi sami podvrženi nasilju in zato žrtve, saj je edini sprejemljiv in možni način ravnanja z neozdravljivimi duševnimi bolniki »zob za zob« (Gerbner v Wahl 2003: 76). Ubijanje duševnih bolnikov, ki je pogostokrat končni izid televizijskih in filmskih vsebin, je zaradi neozdravljivosti duševnih bolnikov prikazano kot upravičeno. Razlog za tako predstavljanje oseb s težavami v duševnem zdravju sama vidim v zgodovinskem pojmovanju norcev in duševnih bolnikov, za katere sprva niso skrbeli ampak so jih izgnali ali zaprli, ker so se jih želeli znebiti. Sprva zapiranje ni bilo namenjeno zdravljenju, ampak zgolj »čiščenju« družbe, metode zdravljenj so se razvile kasneje. Nekatere so bile bolj, druge manj uspešne, šele v tem stoletju pa se razvija celostna psihosocialna skrb za osebe s težavami v duševnem zdravju, ki omogoča psihiatrično zdravljenje in kasneje uspešno rehabilitacijo. Z razvojem znanosti in posebne dodatne skrbi za osebe s težavami v duševnem zdravju pa se je pojavila možnost, da ljudje s težavami v duševnem zdravju lahko popolnoma ozdravijo ali pa se naučijo funkcionalno živeti s svojo motnjo in delovati v družbi.

### **5.4 Drugačnost in drugost, nevarnost in nasilje duševnih bolnikov: mit ali resnica?**

Čeprav mediji niso realna slika sveta, ampak ga zgolj reprezentirajo, menim, da so te reprezentacije realnega sveta lahko točne ali netočne. Mediji podpirajo svoje

reprezentacije oseb s težavami v duševnem zdravju z dejstvi in s primeri, ki kažejo na drugačnost, nevarnost in nasilje teh oseb. Pri tem ne upoštevajo, da obstaja veliko primerov, ki kažejo na to, da so take reprezentacije oseb s težavami v duševnem zdravju neresnične, in s tem tudi netočne. V tem poglavju bom skušala prikazati medijske reprezentacije duševnih bolnikov kot mit, ki kljub svoji dozdevni resničnosti, nima podlage v sedanji realnosti, ampak izhaja iz družbeno-zgodovinskih konceptov, s katerimi ohranja nekdanje podobe duševnih bolezni in duševnih bolnikov.

Tako drugačnost kot tudi nevarnost in nasilnost oseb s težavami v duševnem zdravju sta mita, ki sta po mojem mnenju zelo dobro usidrana v glave ljudi tudi s pomočjo medijev. Menim, da ljudje s težavami v duševnem zdravju niso bistveno drugačni od drugih, kar bom prikazala s pomočjo realnih primerov.

Zaradi motnje in zdravil, ki jih jemljejo, imajo osebe s težavami v duševnem zdravju lahko specifične simptome, ki so nenavadni, čudni in zbujejo pozornost, vendar pa imamo vidne čudne simptome lahko tudi na primer zaradi splošne bolezni kot je gripa (glej Wahl 2003: 47). Ko imamo gripo, smo drugačni od tistih, ki nimajo gripe, saj kihamo, smrkamo, se potimo, bljuvamo, smo blede in utrujeni, nekomunikativni, neprijetni in razdražljivi. Spremeni se tako naš zunanji videz, kot tudi obnašanje, vendar pa to ni razlog, da imamo osebo, ki boleha za gripo, za bistveno drugačno od drugih (prav tam).

Značilen primer, ki dokazuje, da osebe s težavami v duševnem zdravju v realnosti niso to, kar bi mediji radi prikazali, da se realne izkušnje ne ujemajo z medijskimi prikazi duševnih bolnikov, in da osebe s težavami v duševnem zdravju po videzu in obnašanju niso tako drugačne, kot bi radi prikazali mediji, je primer s snemanja filma *Let nad kukavičjim gnezdrom* (Wahl 2003: 38). Producenti filma so za sceno v filmu kot duševne bolnike želeli uporabiti dejanske osebe s težavami v duševnem zdravju, iz bližnje bolnišnice, vendar ti niso ustrezali opisu duševnega bolnika, saj niso bili dovolj različni od drugih, da bi v filmu lahko upodobili duševnega bolnika. Zato so za vloge duševnih bolnikov najeli igralce, ki so upodobili značilno drugačen videz in obnašanje duševnega bolnika (prav tam), ki ga tipične medijske reprezentacije duševnih bolnikov zahtevajo.



Različni primeri (Wahl 2003) iz realnega življenja oseb z izkušnjo duševne motnje, ki niso predstavljeni v medijskih vsebinah ali pa so predstavljeni kot neverjetna drugačnost in nenormalnost, kažejo tudi na to, da lahko duševna bolezen ali motnja prizadene vsakega od nas in da pred duševno boleznijo ni zaščiten nihče – ne glede na ekonomski status, pamet in talent. Zbolijo lahko tako pisatelji kot Nobelovi nagrajenci, slavni slikarji in igralci, celo zdravniki, senatorji in podpredsedniški kandidati. Wahl (2003) opisuje primere znanih in manj znanih oseb, ki so trpele za eno izmed oblik duševnih motenj, kljub temu, da so bile pametne in uspešne. Ernest Hemingway, ki je dobil tako Pulitzerjevo nagrado za delo *Starec in morje*, kot tudi Nobelovo nagrado za literaturo, je trpel za depresijo. Edwin (Buzz) Aldrin, ki je stopil na Luno prav tako. Nadalje Wahl (prav tam) opisuje primere Vivien Leigh, slavne igralka, ki je trpela za manično depresijo, nogometnega igralca Lionela Aldriga, ki je trpel za halucinacijami, prav tako kot slikar Vincent Van Gogh, ki je kljub halucinacijam in zablodam ustvaril mnoga znana dela. Opisuje tudi primera podpredsedniškega kandidata, ki je kljub psihiatričnemu zdravljenju depresije, opravljal službo senatorja ameriške zvezne države Missouri več kot dvajset let, Nobelovega nagrajenca za ekonomijo, ki je trpel za shizofrenijo in zdravnika, ki je kljub številnim hospitalizacijam zaradi shizofrenije, pridobil doktorat iz psihologije in nadaljeval z delom kot direktor velike psihiatrične bolnišnice v Ohio. Slednja dva posameznika s težavami v duševnem zdravju sta kljub ponavljajočim se epizodam bolezni, med katerimi je bil prvi hospitaliziran, drugi pa je ostal na dopustu z ženo in družino, dokler si ni opomogel, nadaljevala z »normalnim« življenjem in delom in s tem prispevala k družbi in njenemu napredku.

Raziskave (Wahl 2003) so pokazale, da v medijskih reprezentacijah nevarnih in nasilnih duševnih bolnikov prihaja do netočnih upodobitev oseb s težavami v duševnem zdravju. Ugotovitve raziskav so naslednje: nevarni in nasilni so le nekateri posamezniki z duševno motnjo in ne vsi na splošno; obsežna večina ljudi z duševno motnjo ni ne nasilnih, ne nevarnih; nasilje oseb s težavami v duševnem zdravju, če se že pojavi, je redko usmerjeno na neznance; obramba s sklicevanjem na neprištevnost ni vzrok za izpustitev velikega števila nevarnih posameznikov v družbo.

Wahl (2003) pravi, da so nekateri posamezniki s težavami v duševnem zdravju res nasilni, in da njihova duševna motnja prispeva k nasilju do drugega. Kljub temu,

da študije kažejo na to, da imajo ljudje z diagnosticirano duševno boleznijo večji odstotek nasilnega vedenja, pa študije ne ugotavljajo, da je duševna bolezen vzrok za nasilnost, nevarnost in kriminaliteto posameznika, ki se sooča z duševno motnjo (prav tam). Pri obravnavanju nasilja in nevarnosti v povezavi z osebo s težavami v duševnem zdravju, moramo upoštevati tako kontekst, v katerem se nasilno in nevarno obnašanje pojavi, kot tudi pogoje v katerih vsakodnevno živi mnogo oseb s težavami v duševnem zdravju (glej Wahl 2003: 79). Z nasiljem je v veliki meri bolj povezan nizek socialno-ekonomski status iz bolnišnice odpuščenih posameznikov z izkušnjo duševne motnje, kot pa sama duševna motnja (prav tam, str. 81). Agresivnost ljudi z duševno motnjo lahko razumemo tudi kot reakcijo na okoliščine, s katerimi se vsakodnevno srečujejo oseba s težavami v duševnem zdravju, kot na primer izčrpavajoča dolgotrajna bolezen, stigma, občutek strahu, diskriminacija, zavrnitev in razvrednotenje s strani drugih in družbe (Wahl 2003). Še vedno pa je primerov nasilja in nevarnosti oseb s težavami v duševnem zdravju premalo, da bi iz tega lahko sklepali na splošno nasilnost in nevarnost oseb, ki imajo katero izmed duševnih motenj. Dosedanje študije (prav tam) dokazujejo, da je odstotek nasilnega vedenja pri ljudeh z duševno motnjo večji, kot pa pri ljudeh, ki nimajo duševne motnje, ne pa, da je, odstotek nasilja oseb z duševnimi motnjami, na splošno visok (glej Wahl 2003: 80).

Velika večina ljudi z duševno motnjo ni ne nasilnih ne nevarnih, kar kaže podatek, da se nasilno in nevarno vedenje pojavi zgolj pri desetih do dvanajstih odstotkih (ali celo manj) preučevanih oseb z duševno boleznijo (glej Wahl 2003: 80). Bolj močno kot duševne motnje so z nasiljem povezani drugi faktorji, kot na primer zloraba raznih substanc in nizek socialno-ekonomski status, iz česar sledi, da ima »stanje duševnega zdravja zgolj neznamenit prispevek k celotnemu nivoju nasilja v družbi« (Monahan v Wahl 2003: 81) in da ni niti primerno niti smiselno pričakovati, da bo posameznik nasilen zgolj zaradi tega, ker trpi za duševno motnjo (prav tam).

Nadalje Wahl (2003) ugotavlja, da so posamezniki s težavami v duševnem zdravju nasilni do tistih, ki so jih prizadeli, kakorkoli onemogočili, prestrašili ali izzvali, do tistih, s katerimi imajo reden kontakt in do tistih, na katere so čustveno navezani, in ne na splošno do neznancev in tujcev (glej Wahl 2003: 82). Tudi obramba s sklicevanjem na neprištevnost se redkokdaj uporablja v primerih zločinov

posameznikov s težavami v duševnem zdravju, kadar pa jo uporabijo, je v večini primerov neuspešna (glej Wahl 2003: 79). Pri tem je pomembno omeniti tudi, da ima oseba lahko duševno motnjo in stori zločin pa kljub temu po zakonu ni spoznana za duševno bolno (prav tam, str. 83), saj se zaveda svojih dejanj in odgovornosti zanje. Pri nasilju in nevarnosti osebe s težavami v duševnem zdravju moramo upoštevati, da lahko nasilje osebe, ki trpi za duševno motnjo, izvira iz »normalnih« motivov običajnih kriminalcev, na primer denarja ali strasti (glej Wahl 2003: 79). Menim, da obramba s sklicevanjem na neprištevnost, osebi, če je spoznana za krivo, ne prinese prostosti, ampak psihiatrično zdravljenje zaprtega tipa, ki je pogostokrat daljše od zaporne kazni same. Iz tega sklepam, da se nasilni posamezniki s težavami v duševnem zdravju nahajajo v psihiatrični bolnišnici, kamor jih namestijo na podlagi sklicevanja na neprištevnost, ali v zaporu, če so spoznani za krive na podlagi razumnega zločinskega ravnanja. Iz tega sklepam, da se, osebe s težavami v duševnem zdravju, ki so storile zločinsko dejanje, ne izognejo kazni s pomočjo sklicevanja na neprištevnost in torej niso prosto spuščene v družbo, ampak so zadržane v ustreznih ustanovah, glede na motiv zločinskega dejanja.

V prejšnjem poglavju omenjena dejstva in raziskave, ki sem jih do sedaj obravnavala, da bi preverila resničnost trendov v upodabljanju oseb s težavami v duševnem zdravju kot nasilnih in nevarnih duševnih bolnikov, kažejo na to, da so medijske reprezentacije oseb s težavami v duševnem zdravju in duševnih motenj samih pogostokrat v celoti ali pa vsaj delno netočne.

»Selektivno predstavljanje ljudi z duševno boleznijo v glavnem v kontekstu zločinskih zgodbic nedvomno daje netočno sliko in te redke dogodke predstavlja kot bolj značilne za tiste z duševno boleznijo, kot to v resnici so. Dosledno in odločno povezovanje duševnih bolezni z nasiljem in kriminaliteto tako v zabavnih kot novičarskih medijih ostaja v veliki meri netočna reprezentacija ljudi z duševno boleznijo. Velika večina ljudi z duševno boleznijo, vključujoč tiste z najbolj dramatičnimi oblikami norosti, ni nasilnih, nevarnih, hudobnih in neozdravljivih podležev kot so prikazani v medijih« (Wahl 2003: 85 in 86).

Drugačnost in drugost, nevarnost in nasilje oseb z duševno motnjo sta medijska konstrukta, ki označujeta te osebe na ravni mita, torej izhajata iz zgodovinsko kulturnega konteksta in ne le enostavnega označevanja oseb s

težavami v duševnem zdravju kot duševnih bolnikov na podlagi zunanjih, vidnih lastnosti in obnašanja. Mit duševnega bolnika nosi bolj zapleteno zgodovinsko-družbeno sporočilo, njegov pomen je širši in vpet v kulturno-ideološki kontekst. Mit duševnega bolnika je nastal skozi zgodovinsko-družbeno razlikovanje oseb s težavami v duševnem zdravju od drugih, označevanje njihovih lastnosti kot lastnosti duševnega bolnika in naš odnos do njih na podlagi te družbeno določene drugačnosti.

Glede na omenjena dejstva, raziskave, študije in predelano literaturo, menim, da so medijske reprezentacije oseb s težavami v duševnem zdravju netočne in kažejo nekdanje pojmovanje družbene realnosti, ki pa več ne obstaja, saj se pomen skozi zgodovinski, družbeni, kulturni in ideološki kontekst spreminja. »Pomen je družbeno konstruiran in ne obstaja zunaj časa in zgodovine, ne obstaja v predmetu, osebi ali dogodku *per se* in nikoli ne more biti dokončen, saj vedno ostane dovzeten za spremembe« (Kuhar 2003: 11).

Menim, da bi se s spreminjanjem pomenov, morale spreminjati tudi medijske reprezentacije, saj v nasprotnem primeru pomenijo v medijski dobi isto, kot je stigma pomenila v dobi izključevanja. Nadalje sem mnenja, da medijske reprezentacije, glede na dobo v kateri živimo, ne bi smele biti tako rigidna tvorba kot je stigma, in bi zato morale bolj ažurno slediti družbenim, kulturnim in ideološkim spremembam. Iz tega sledi, da je potrebno medijsko preoblikovanje pojma duševni bolnik, in postavitev tega pojma v nov kontekst, ki ga pišeta sodobna družba in znanost. V tem novem kontekstu so verska in psihiatrična označevanja in opredeljevanja oseb s težavami v duševnem zdravju in duševnih motenj docela neprimerna. Da bi ustrezale sedanji realnosti, se morajo torej medijske reprezentacije spremeniti, k temu pa lahko prispevajo tisti, ki jih ustvarjajo, torej vsi, ki delujejo na tem področju, tako avtorji člankov, oglasov, poročil, televizijskih vsebin, producenti filmov in nadaljevank, pisci knjig in scenarijev, kot tudi prejemniki medijskih vsebin in vsi akterji, ki se ukvarjajo z osebami s težavami v duševnem zdravju, duševnim zdravjem, in ostalimi povezanimi vsebinami.

Moje mnenje je, da so medijske reprezentacije iz osebe s težavami v duševnem zdravju ustvarile drugačnega, nevarnega in nasilnega duševnega bolnika,

ki se, po videzu, obnašanju in osnovnem človeškem delovanju bistveno razlikuje od drugih. Mediji reprezentirajo nekaj, kar v sodobni družbi ne obstaja, nekaj, kar je zgolj družbeno-zgodovinski koncept, ki ga mediji povzemajo, na katerega se nanašajo in ga hkrati potencirajo. V realnosti duševni bolnik ne obstaja, obstaja le oseba s težavami v duševnem zdravju. Ta oseba pa je celotna oseba z vsemi človeškimi značilnostmi, oseba, ki ni ne po videzu, ne po obnašanju, ne po načinu življenja in dela, tako drugačna od nas samih, kot to prikazujejo mediji. Če duševni bolnik kot subjekt duševne bolezni, še ni izginil iz realnosti in medijev, pa lahko s spreminjanjem izrazov, pomenov in medijskih reprezentacij dosežemo vsaj preoblikovanje tega subjekta v njegovo sodobno alternativo, osebo s težavami v duševnem zdravju, katere težave so zgolj en vidik njene osebnosti in življenja in ne edini označevalec celotnega človeškega bitja.

## **5.5 Zgodovinski kontekst in dobičkonosnost: razloga za ohranjanje mita drugačnosti in nevarnosti duševnih bolnikov**

V tem podpoglavju bom predstavila medijske reprezentacije duševnih bolnikov kot medijski konstrukt in medijski produkt.

Da bi razumeli medijske reprezentacije duševnih bolnikov in medijsko pokrivanje zgodb o duševnih bolnikih, moramo razumeti zgodovinsko razumevanje norosti in duševnih bolezni, zdravja in bolezni, zla in dobrega ter razvoj različnih obravnavanj teh pojmov skozi zgodovino. Razumeti moramo tudi namen, ki so mu te razlage služile, saj so določena pojmovanja stoletja služila določenemu namenu, kot na primer razlaganju nenavadnih in nerazložljivih pojavov, ohranjanju družbe, reda, lojalnosti, vladavine, vladajoče družbe in vladajočega razreda. Različna pojmovanja v različnih obdobjih lahko torej razumemo kot boj za moč, nadvlado, nadzor in podreitev, in ne zgolj kot označevanja sama po sebi. Nekdaj cerkveniki in inkvizitorji, kasneje psihiatri in lovci na čarovnice so se leta trudili, da bi zagotovili, da se mit norosti in duševne bolezni sprejme kot zdrav razum. Duševna bolezen je imela poleg družbene vedno tudi ekonomsko korist, zato ni čudno, da so skušali vsi, ki jim je to

koristilo, mit o duševni bolezni predstaviti in »prodati« kot zdrav razum (Szasz 1982). Družbena korist se je kazala v čisti in zaščiteni družbi, ekonomska pa sprva v zaplembi premoženja tistih, ki so jih zaprli, in razdelitvi premoženja med tiste, ki so zapirali, in kasneje v prisilnem delu zaprtih v azilih.

Upodobitev osebe s težavami v duševnem zdravju kot duševnega bolnika se v medijih ohranja zaradi duševne bolezni, ki jo domnevno ima oseba s težavami v duševnem zdravju, ker se »denar vrti v duševnih boleznih in ne duševnem zdravju« (Glasser 2003: 37), in tudi zaradi »industrije psihofarmakov« (prav tam), ki za prodajo zdravil za razne duševne bolezni in motnje potrebuje »duševno bolno občinstvo«. Po mojem mnenju »industrija psihofarmakov« (Glasser 2003) takemu občinstvu prek medijev prodaja zdravorazumske zgodbe o duševnih boleznih in duševnih bolnikih, ki jim lahko pomaga le posebno zdravilo. Iz tega sklepam, da je duševni bolnik poleg medijskega konstrukta in medijskega mita, kot smo ugotovili v prejšnjih poglavjih tematskega sklopa medijske reprezentacije duševnih bolnikov, tudi medijski produkt, ki se zelo dobro prodaja. Na selekcijo medijskih vsebin v množičnih medijih vpliva torej tudi dobičkonosnost predstavljene vsebine. Vsebina mora biti predstavljena tako, da zagotovi dobiček tako medijem kot njihovim vlagateljem in finančnim podpornikom (Wahl 2003). Oseba s težavami v duševnem zdravju postane idealna medijska tema, ki pritegne pozornost in interes publike, če poudarimo njene negativne, nenavadne in čudne lastnosti, nepredvidljivo, nevarno in nasilno obnašanje in če izpostavimo dramatičnost in mistiko duševne bolezni, s katero se oseba spopada. Z dramtiziranjem in mistifikacijo duševnih bolezni in motenj ter oseb s težavami v duševnem zdravju tej osebi pripišemo neko nerazložljivo nenavadnost, nepredvidljivost in nevarnost, ki očitno privlači občinstvo (Wahl 2003). »Na ekranu ni prostora za globino, ne za mnogoplastnost ljudi in pojavov« (Košir 2003: 187), zato mediji, po mojem mnenju, predstavljajo zgolj pojave in dogodke, ki fascinirajo.

Menim, da je medijski duševni bolnik le še arhetipska figura, zgodovinska, družbena in znanstvena marioneta v rokah ustvarjalcev medijskih vsebin in finančnih podpornikov teh vsebin, ki pa se skozi različne medijske reprezentacije posodablja, tako v značilnostih kot v obnašanju. Posodablja se lahko celo do zločinske skrajnosti, saj si s takim načinom osmišljanja sveta medijski duševni bolnik zagotavlja neke vrste popularnost. Menim, da množični mediji v primeru upodabljanja oseb s

težavami v duševnem zdravju kot duševnih bolnikov ne izražajo niti resničnega izkustva občinstva niti osebe s težavami v duševnem zdravju, ampak želijo zgolj ugajati občinstvu. Murdock in Golding (Debeljak in drugi 2002: 24) na primeru sodobnih množičnih medijev prikažeta, kako velike medijske korporacije, »ki na vse mogoče načine vplivajo na naš način razmišljanja in razumevanja sveta«, posredujejo zgolj medijske vsebine, ki »iz ideološkega zornega kota legitimizirajo obstoječo ekonomsko ureditev« (prav tam).

Glede na navedeno menim, da medijske reprezentacije oseb s težavami v duševnem zdravju niso reprezentacije življenjskega izkustva, ampak zgolj medijski konstrukt, ki ima za svojo podlago zgodovinski, družbeni in kulturni kontekst, in medijski produkt, ki se v medijski želji po maksimiranju dobička ukloni popularnosti.

## **5.6 Vpliv medijskih reprezentacij na odnos do oseb s težavami v duševnem zdravju**

Ker menim, da medijski prikazi vplivajo na širše razumevanje in ustvarjajo ter podpirajo splošne stereotipe, ki se v realnosti udejanjajo v diskriminacijah, bom v tem poglavju preučila vplive medijskih reprezentacij na odnos do oseb s težavami v duševnem zdravju.

»Sedaj živimo v medijski kulturi« (Robert P. Snow v Wahl 2003: 90), zato mediji kot pomemben del našega življenja oblikujejo naše ideje o tem, kakšen je svet in kakšni so njegovi pripadniki. S pomočjo medijev spoznavamo in izkušamo svet, tako vsakdanji kot tudi tisti, ki nam je v realnosti nedostopen. V primeru medijskih reprezentacij oseb s težavami v duševnem zdravju je po mojem mnenju pomemben predvsem vsakdanji svet, v katerem živimo in do katerega pogostokrat dostopamo skozi medije in ne s pomočjo lastnih izkušenj. Menim, da je tipičen odnos posameznikov do oseb s težavami v duševnem zdravju še vedno izogibanje, distanca in ignoranca, zato si edine izkušnje z njimi pridobimo s pomočjo medijskih zgodb in upodobitev. Tako medijski prikazi oblikujejo naše vtise in odnose do tega vsakdanjega sveta in ne nazadnje »vidimo svet in ostale ljudi, kot so portretirani v

množičnih medijih« (Gerbner v Wahl 2003: 91). Menim, da mediji kot pomemben vir reprezentacij vzdržujejo družbene pomene in ustvarjajo svoje nove pomene, kar pripomore k diskriminaciji kot edinemu odnosu do oseb s težavami v duševnem zdravju.

Medijske reprezentacije vplivajo tako na občinstvo, in s tem na odnos družbe do oseb s težavami v duševnem zdravju, kot tudi na osebo s težavami v duševnem zdravju in njen odnos do sebe in drugih. Medijske reprezentacije imajo pomembne praktične in resnične življenjske posledice (Wahl 2003). Napačno razumevanje motenj vodi k zmedi, napačnim pričakovanjem in konfliktom, ki ovirajo komuniciranje in razumevanje med družbo in osebo s težavami v duševnem zdravju in nadalje vodijo v frustracijo, jezo, nezadovoljstvo in neodobravanje duševnih motenj, tako s strani občinstva kot s strani osebe s težavami v duševnem zdravju. Občinstvo prek medijev dobi napačne predstave o osebah s težavami v duševnem zdravju in se zato nanje odzove z nemirom in zavrnitvijo (prav tam). Osebe s težavami v duševnem zdravju pa zaradi strahu pred neugodnim javnim in družbenim odzivom svojo motnjo skrivajo (prav tam), kar po mojem mnenju vodi v zmanjšanje samospoštovanja in možnosti za uspešno zdravljenje in ozdravitev. Osebe s težavami v duševnem zdravju se zato namesto z zdravljenjem ukvarjajo s prikrievanjem motnje, ki bi lahko ogrozila njihovo družbeno identiteto. Medijske reprezentacije vplivajo tako na javno mnenje ljudi kot tudi na samopodobo oseb s težavami v duševnem zdravju (Wahl 2003). Poleg tega tudi onemogočajo učinkovito zdravljenje, saj osebe s težavami v duševnem zdravju in njihovi svojci ne morejo sami prepoznati simptomov motenj in s tem prispevati k hitrejšemu okrevanju.

Vplivi medijskih reprezentacij drugačnih in nevarnih duševnih bolnikov se v realnosti kažejo tudi v različnih odzivih publike. Duševne motnje so po mojem mnenju v veliki meri še vedno tabu, zato se ljudje, ko imajo opraviti z osebo s težavami v duševnem zdravju, odzovejo z ignoranco ali distanco. Menim, da želijo mnogi ljudje vedeti čim več o duševni motnji, ker se bojijo, da bi »doletela« tudi njih. Ko pa gre za osebe s težavami v duševnem zdravju, se zaradi strahu pred nevarnostjo in neznanim umaknejo. Družbeni in medijski miti o duševnih bolnikih so prepričljivi in pogostokrat podprti z negativnimi primeri, kar jih po mojem mnenju naredi še bolj destruktivne. Menim, da imajo medijski prikazi pomembne posledice v vsakdanjem



življenju ljudi s težavami v duševnem zdravju, saj vplivajo na širše razumevanje oseb s težavami v duševnem zdravju, podpirajo predsodke in stereotipe in s tem tudi diskriminacije. Ker v medijih niso prikazane osebe, ki se s težavami v duševnem zdravju uspešno spopadajo ali pa so jih popolnoma odpravile, javnost takih oseb ne pozna in torej ne more imeti drugačne slike o osebah s težavami v duševnem zdravju.

Pri obravnavanju vpliva omenjenih medijskih reprezentacij po mojem mnenju ne smemo mimo dejstva, da smo uporabniki medijskih vsebin sami odgovorni za interpretacije medijskih vsebin in da moramo zato kritično spremljati medijske vsebine. Hall (glej Kuhar 2003: 16) svari pred pretirano resigniranim razumevanjem medijev, »ki v nas ne morejo vtisniti pomenov in razlag, saj nismo mentalne *tabulae rasae*« (prav tam). Menim, da imajo mediji vlogo pri ohranjanju družbenih konstruktov, ki jih tudi potencirajo, občinstvo pa bi lahko s kritičnim sprejemanjem medijskih vsebin pripomoglo k preoblikovanju in drugačnemu razumevanju določenih pojmov. Pri razumevanju duševnih motenj in ljudi s težavami v duševnem zdravju bi izpostavila vlogo osebne ali medijsko posredovane izkušnje z osebo s težavami v duševnem zdravju. Taka bi lahko imela pomemben vpliv na drugačen odnos do oseb s težavami v duševnem zdravju in tudi na drugačne medijske reprezentacije. Zato menim, da bi kot prejemniki medijskih vsebin morali najprej pridobiti izkušnje z osebami s težavami v duševnem zdravju, jih nato primerjati z medijskimi upodobitvami oseb s težavami v duševnem zdravju in na podlagi lastnega izkustva dodeliti pomene tako osebam kot pojmom. Ker menim, da smo sami interpreti in s tem soustvarjalci medijskih vsebin, bi pridobljene lastne izkušnje in primerjava teh izkušenj z dejanskimi medijskimi upodobitvami pripomogla k pozitivnejšim medijskim reprezentacijam in posledično k boljšemu razumevanju oseb s težavami v duševnem zdravju in boljšemu odnosu do njih.

Množična občila »konstruirajo (svojo) stvarnost« (Košir 2003: 186), prejemniki medijskih vsebin pa to medijsko stvarnost dojemajo kot realno stvarnost, zato tako mediji kot prejemniki medijskih vsebin nosijo skupno odgovornost pri spreminjanju negativnih in netočnih medijskih reprezentacij oseb s težavami v duševnem zdravju.

## 6. SKLEP

Pričujoče delo kaže na to, da skrivanje in prikrievanje duševnih motenj ni rešitev problema, kar nam je pokazalo zgodovinsko razumevanje duševnih motenj. Tisto, kar skrijemo, nas prej ali slej sooči s samim sabo v novi, mogoče celo močnejši obliki, ki jo je še težje obvladovati. Veliko zapiranje in skrivanje norcev in duševnih bolnikov v 17. stoletju je norce in duševne bolnike odstranilo le za določen čas, nerešen problem pa je zopet priplaval na površje.

Čeprav so v diplomskem delu omenjena predvsem tuja dela in raziskave medijev, menim, da so medijske reprezentacije oseb s težavami v duševnem zdravju v Sloveniji podobne. Na splošno velja prepričanje, da so osebe s težavami v duševnem zdravju predstavljene predvsem v črni kroniki, da so predstavljene negativno in da se za upodabljanje uporabljajo isti napačni pojmi. Razen tega organizacije, ki se ukvarjajo z osebami s težavami v duševnem zdravju, poudarjajo slabo sodelovanje med strokovnjaki na področju duševnega zdravja in med avtorji medijskih vsebin. Problem je tudi v tem, da so osebe s težavami v duševnem zdravju, če so predstavljene kot »duševni bolniki«, dober medijski produkt, ki pripomore k senzacionalnosti novic, saj pritegnejo pozornost občinstva bolj kot realne osebe s težavami v duševnem zdravju, ki so zanj po mojem mnenju preveč navadne, da bi bile zanimive. Zato menim, da bi bilo treba te osebe prikazati kot zanimive, saj poleg tega, da se soočajo s težavami v duševnem zdravju, tudi živijo normalno in pogostokrat ne pustijo, da jih duševna motnja ovira pri njihovem delovanju.

Negativna orientacija do fenomena duševnih motenj, ki po mnenju družbe in medijev edine ustvarjajo osebo s težavami v duševnem zdravju, izhaja iz družbeno-zgodovinskega razumevanja duševnih motenj, ki pa danes ni več ustrezno. Preganjanje in zapiranje drugačnih je v določenem obdobju imelo svoj pomen in vrednost, a ta čas je mimo. Sedaj je čas posredovanja zanesljivih informacij in njihovega kritičnega vrednotenja, spodbujanja lastnega izkustva in čas spoznavanja in ustvarjanja novih pomenov in konceptov s pomočjo sedanje vednosti in znanosti.

Osebe s težavami v duševnem zdravju ne moremo soditi glede na medijske reprezentacije, ki so, kot smo ugotovili, pogostokrat podane brez širšega konteksta. Pri tej tematiki pa je širši kontekst zelo pomemben, saj brez njega mediji ustvarjajo mite in ne prikazujejo realnosti, kar naj bi bila sicer njihova primarna naloga. Mediji bi potemtakem morali upoštevati širši družbeno-zgodovinski kontekst, občinstvo pa bi moralo kritično vrednotiti medijske vsebine in se spraševati o resničnosti, točnosti in zanesljivosti posredovanih informacij.

Kritično sprejemanje informacij s strani občinstva in prejemnikov informacij, promoviranje duševnega zdravja s strani organizacij in izobraževanje ljudi, ki delajo v medijih, bi pripomoglo k natančnejšim in pozitivnejšim medijskim reprezentacijam oseb s težavami v duševnem zdravju. Mediji bi po mojem mnenju lahko z vrednotenjem družbenih konstrukcij realnosti in ne zgolj s povzemanjem teh družbenih podob veliko prispevali k spremembi reprezentacij oseb s težavami v duševnem zdravju nasploh. Prav tako bi lahko prejemniki medijskih vsebin sprejeli odgovornost za kritično sprejemanje in vrednotenje medijskih vsebin. Prejemniki medijskih vsebin bi lahko podajali povratne informacije na prejeta medijsko vsebino. S kritiko in zahtevo po točni informaciji bi lahko sami pripomogli k natančnejšim medijskim reprezentacijam oseb s težavami v duševnem zdravju. Če lahko na primer pri zdravniku z zahtevo drugega mnenja preverimo podane informacije, ker se zavedamo pomembnosti zdravja, lahko tudi medijske vsebine in informacije preverimo, če nam je pomembno, kakšno znanje posedujemo. Menim, da bi morali tako ustvarjalci kot prejemniki medijskih vsebin kritično spremljati medijske vsebine in informacije o duševnem zdravju, duševnih motnjah in osebah s težavami v duševnem zdravju. Znanje je po mojem mnenju v družbi 21. stoletja namreč zelo pomembna »dobrina«, zato je pomembno tako, kakšno znanje posedujemo kot tudi kakšno znanje posredujemo. Odgovornost za točnejše in resničnejše medijske reprezentacije je torej skupna, v rokah ustvarjalcev in prejemnikov medijskih vsebin.

V družbenem boju pomenov le nekateri pomeni dobijo družbeno potrditev in obveljajo kot normalni. Mediji imajo pomembno vlogo v družbenem boju pomenov, saj z domnevnim prikazovanjem realnosti potrjujejo družbene norme in vrednote. Vendar pa bi medijske reprezentacije morale povečati razumevanje duševnih motenj in oseb s težavami v duševnem zdravju, ne pa zavajati občinstva in ustvarjati

nesporazumov med osebami s težavami v duševnem zdravju in ostalimi pripadniki družbe.

Duševna motnja je v tem času postala nekaj, kar nam je hkrati blizu in daleč, saj lahko doleti nas same, hkrati pa se je bojimo in se zato izogibamo soočenju z njo. Oseba s težavami v duševnem zdravju je postala nekdo, ki si nihče od nas ne želi biti, je pa veliko možnosti, da ta nekdo postanemo. Mediji so po mojem mnenju z napačno rabo pojmov, z rabo slengovskih izrazov, s komičnimi upodobitvami oseb s težavami v duševnem zdravju, s predstavljanjem oseb s težavami v duševnem zdravju kot drugačnih in nevarnih zelo veliko prispevali k takšnemu mnenju ljudi. Medijske upodobitve se tako kot družbena stigma udeležujejo v vsakdanjih situacijah, kjer je prevladujoč odnos do oseb s težavami v duševnem zdravju še vedno ignoranca, izogibanje in strah. Če želimo vedeti, kakšne so medijske reprezentacije, lahko namesto da jih preučujemo, pogledamo odnose v družbi. Diskriminacija je v družbi še vedno prisotna, le da se je iz odkrite spremenila v prikrito.

Medijske reprezentacije povzemajo vlogo, ki jo je nekoč imela stigma, in tako omogočajo diskriminacijo oseb s težavami v duševnem zdravju. Množični mediji so velika potrošniška industrija, katere gonilo je občinstvo (potrošniki). Zato ima občinstvo moč, da prispeva k spreminjanju medijskih reprezentacij. Če ni povratnih informacij in zahtev za spremembo nepravilnih in negativnih upodobitev, ustvarjalci medijskih vsebin ne zaznajo problema v upodobitvah in tako občinstvo dobi informacije, s katerimi je zadovoljno. Zato predlagam, da uporabniki in ustvarjalci medijskih vsebin s pozitivnejšimi in natančnejšimi medijskimi reprezentacijami spremenijo stigmato v znamko, ki bo sporočala, da so ljudje s težavami v duševnem zdravju lahko zelo sposobni in učinkoviti, saj poleg vsakodnevnega življenja in dela obvladujejo še svojo motnjo.

Za spreminjanje razumevanja in reprezentacij oseb s težavami v duševnem zdravju v slovenskem družbenem in medijskem okolju bi bilo treba sprva preučiti slovensko poročanje in trende poročanja o duševnih boleznih in bolnikih ter o duševnem zdravju in osebah s težavami v duševnem zdravju. Pričujoče delo lahko pri tem služi kot vodilo za preučevanje stanja problematike v Sloveniji.

## 7. PRIROČNIK

Zaradi negativnega in nenatančnega upodabljanja oseb s težavami v duševnem zdravju sem se odločila, da sestavim dva kratka priročnika za pomoč pri pozitivnejšem in točnejšem upodabljanju oseb s težavami v duševnem zdravju. Priročnika sta zasnovana tako, da se ju lahko dopolni z novimi ugotovitvami. Namen obeh priročnikov je pomagati tako ustvarjalcem medijskih vsebin kot tudi akterjem, ki se ukvarjajo s področjem duševnega zdravja, motenj in oseb s težavami v duševnem zdravju, saj so vsi odgovorni za medijske reprezentacije duševnih motenj in oseb, ki se z njimi soočajo.

### 7.1 Priročnik za medijsko upodabljanje oseb s težavami v duševnem zdravju

Natančnejše in pozitivnejše medijske reprezentacije oseb s težavami v duševnem zdravju lahko dosežemo na naslednji način:

- 1. Z uporabo besedne zveze oseba s težavami v duševnem zdravju namesto oseba z duševno boleznijo ali motnjo ali pa duševni bolnik.** Prednost naj imata oseba in duševno zdravje, ne duševna motnja, ki ni edina lastnost, ki definira osebo s težavami v duševnem zdravju.
- 2. Z uporabo natančnih in ne slengovskih izrazov pri nanašanju na osebo s težavami v duševnem zdravju.** Psihiatrični in strokovni izrazi lahko na račun širše razumljivosti in poenostavljanja postanejo slengovski in s tem nenatančni.
- 3. S poznavanjem tematike, o kateri poročamo, in stalnim preverjanjem pojmov, o katerih poročamo.** Če smo v dvomih ali pa ne poznamo tematike dovolj natančno, je bolje, da določene stvari izpustimo ali pa se o njih dodatno pozanimamo in jih preverimo, saj se pomeni pojmov lahko pogostokrat spreminjajo.

**4. S postavljanjem dogodkov in pojmov v kontekst.** Pojmi duševno zdravje, duševna motnja, oseba s težavami v duševnem zdravju, oseba z duševno boleznijo, duševni bolnik, norec in drugi so nastali v družbeno-zgodovinskem kontekstu. Ta kontekst je treba zaradi večje točnosti upodobitev na kratko povzeti v medijskih reprezentacijah.

**5. Z lastno izkušnjo z osebo s težavami v duševnem zdravju.**

## **7.2 Priročnik za komuniciranje o duševnem zdravju, duševnih motnjah in osebah s težavami v duševnem zdravju**

Ker mediji vplivajo na naše dožemanje realnosti, je pomembno, da jim posredujemo natančne informacije in da jih opozarjamo na nepravilnosti v upodobitvah oseb s težavami v duševnem zdravju.

**1. Bolje je deliti informacije, kot pa jih skriti. Česar ne delimo, se izgubi.**

Posredovanje informacij pripomore k izobraževanju javnosti in s tem k natančnejšim in pozitivnejšim prikazom oseb s težavami v duševnem zdravju. Če informacij ne posredujemo medijem, se te izgubijo, če podatkov ni v medijih, ne obstajajo oziroma veliko manj ljudi ve zanje. Posredovane informacije naj bodo natančne in razumljive.

**2. Medijsko komuniciranje s pomočjo predstavnikov oseb s težavami v duševnem zdravju.**

Ker je eden od najpomembnejših problemov v medijskih upodobitvah oseb s težavami v duševnem zdravju ta, da so te osebe prikazane kot nesposobne za normalno življenje in delovanje, je pomembno, da se mediji in prek njih ljudje spoznajo s predstavnikom oseb s težavami v duševnem zdravju, ki kljub svoji motnji normalno živi in deluje v družbi. To se lahko omogoči na primer z dnevom odprtih vrat v dnevni centrih.

**3. Posredovanje povratnih informacij medijem – bodimo uporabniki medijskih vsebin, ne zgolj prejemniki.** S posredovanjem povratnih informacij lahko postanemo aktivni uporabniki in ne zgolj pasivni prejemniki medijskih vsebin. Povratne informacije so pomemben faktor, ki lahko vpliva na spreminjanje medijskih upodobitev oseb s težavami v duševnem zdravju. Napačne medijske upodobitve se tako ohranijo v medijih in s tem podpirajo stereotipe in diskriminacijo oseb s težavami v duševnem zdravju.

## 8. PREDLOGI MEDIJSKIH OGLASOV

Poleg kratkih priročnikov sem se odločila, da v svoje delo vključim tudi predloge medijskih oglasov, ki bi po mojem mnenju lahko pripomogli k pozitivnejšim in točnejšim upodobitvam oseb s težavami v duševnem zdravju. Ker menim, da bi prikaz znane osebe, ki se sooča s težavami v duševnem zdravju, a kljub temu normalno deluje v vsakdanjem življenju in družbi, pripomoglo k odkrivanju duševnih motenj in oseb s težavami v duševnem zdravju, bi predlagala, da se v oglase vključi tudi znane osebe. Te osebe bi tako nastopile kot javni predstavniki oseb s težavami v duševnem zdravju in s tem prispevale k razumevanju tega, da so duševne motnje le ena izmed težav, s katerimi se morajo nekateri ljudje spopadati v vsakodnevnem življenju. V tem poglavju bom torej predstavila predloge za oglase, ki sem jih razvila v ustvarjalnem procesu nabiranja znanja in razmišljanja o tej problematiki.

### I. TELEVIZIJSKI OGLAS »Jaz sem nor«

**Brief:** Navaden, normalen vsakdan osebe s težavami v duševnem zdravju.

**Zgodba in scenarij:** Čisto navaden, normalen moški srednjih let zjutraj vstane, gre v službo, popoldan pelje družino na sladoled in se zvečer dobi s prijatelji. V normalnem, navadnem vsakdanu prikazan moški dela vse, kar počne normalen, povprečen moški, le da se po prijateljskem klepetu odpravi do psihoterapevta, kjer se pogovori o svojih duševnih težavah, kasneje pa doma lahko vzame zdravila ali pa se pogovori z ženo, karkoli pač bolje prikaže spopadanje z motnjo, s katero se soočajo osebe s težavami v duševnem zdravju. V ozadju se skozi celotno zgodbo vrti del pesmi Adija Smolarja »Jaz sem nor«: »Jaz sem nor, jaz sem ubogi, bogi, bogi, bogi stvor! Jaz sem nor, jaz sem ubogi, bogi, bogi, bogi stvor! Jaz sem nor, jaz sem nor, ahaha, jaz sem ubogi, bogi, bogi, bogi stvor« (Smolar 1997). Moška oseba je lahko sprva snemana le od zadaj, da se ne ve, kdo je, celoten obraz in oseba pa se pokažeta šele na koncu zgodbe, ko se moški vrne domov. Moški si na začetku lahko požvižgava refren pesmi, kasneje pa se pesem začne vrteti kot ozadje zgodbe. Kot moško glavno osebo predlagam znano osebnost, lahko tudi Adija Smolarja, ki je



ustrezna izbira glede na to, da je pesem iz scenarija njegova in jo tako lahko sam predstavi, vendar le, če ustreza profilu normalnega, navadnega, povprečnega moškega, kar bi bilo potrebno predhodno preveriti.

**Pomen zgodbe:** Navidez navaden, normalen, povprečen pripadnik družbe, se kljub normalnemu vsakdanu, življenju in delovanju, spopada s težavami v duševnem zdravju, vendar pa to ne ovira njegovega normalnega življenja in delovanja. Tako ostaja individualen posameznik, ki zadovoljuje svoje potrebe, in produktiven pripadnik družbe, ki prispeva k njenemu razvoju. Nihče ga ne vidi kot »duševnega bolnika«, saj duševne motnje ne vplivajo bistveno na njegovo življenje in delovanje, zato tudi gledalec sprva ne ve, da gre v oglasu za osebo s težavami v duševnem zdravju. Zgodba prikaže resnično življenje mnogih oseb s težavami v duševnem zdravju in tudi to, da duševna motnja ni takoj vidno opazna. S tem zgodba prispeva k pozitivnejšemu in točnejšemu prikazu osebe s težavami v duševnem zdravju. Zgodba prikaže, da lahko motnjo vključiš v svoj vsakdan, in da zaradi motnje ni treba bistveno spremeniti življenja, vsakdana in delovanja, saj se z njo lahko naučimo živeti.

## II. OGLAŠEVALSKA AKCIJA PRIBLIŽEVANJA OSEB S TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU JAVNOSTI IN MEDIJEM

Oglaševalska akcija se lahko začne na primer z radijskim teaserjem delov pesmi Adija Smolarja (del »Jaz sem nor« ali pa »Jaz sem mali psihopat«) ali pa s televizijskim teaserjem, v katerem se vrti pesem, medtem ko oseba s težavami v duševnem zdravju opravlja vsakodnevna opravila. Akcija se kasneje nadaljuje s televizijskimi oglasi.

**Brief:** Osebe s težavami v duševnem zdravju niso psihopati, ampak čisto navadni ljudje, ki niso bolni, ampak se soočajo s težavami v duševnem zdravju.

**Zgodba in scenarij:** Oseba s težavami v duševnem zdravju si prepeva del pesmi »Jaz sem nor« Adija Smolarja: »Jaz sem mali psihopat, psiho, psihopat, in te stisnu bom za vrat, bom za vrat! Z mano se ne smeš igrat, se ne smeš igrat, ker jaz

sem mali psihopat, psihopat« (Smolar 1997). Medtem ko poje ta del pesmi, je prikazan v različnih situacijah – v službi, doma, pri psihoterapevtu in na koncu v dnevnem rehabilitacijskem centru. Ko konča s petjem in vsakodnevnimi opravili, pogleda v kamero in reče nekaj v smislu: »Ne verjemite vsemu, kar vam govorijo drugi. Pridite in se prepričajte sami« ali »Ne verjemite vsemu, kar vidite v medijih. Obiščite nas« ali pa »Dovolite, da se vam predstavimo«. Na koncu oglasa se prikaže še podatek o datumu in kraju dneva odprtih vrat.

**Pomen zgodbe:** Povabilo javnosti in oseb, ki ustvarjajo medijske vsebine, na dneve odprtih vrat v rehabilitacijskih in dnevnih centrih organizacij za pomoč osebam s težavami v duševnem zdravju. S tem povabilom k obisku in spremljanju vsakodnevnih dejavnosti oseb s težavami v duševnem zdravju in organizacij, ki jim pomagajo pri soočanju z duševno motnjo, bi si ljudje lahko pridobili lastne izkušnje s temi osebami in lasten vpogled v problematiko. To bi pripomoglo k pozitivnejšemu in točnejšemu vrednotenju oseb s težavami v duševnem zdravju.

### III. TELEVIZIJSKI ALI TISKANI OGLAS »Ali uganeš?«

**Brief.** Duševna motnja je v očeh drugih. Drugi ustvarjajo duševno motnjo.

**Zgodba in scenarij:** Na tiskanem oglasu je lahko fotografija otroka in napis: »A uganeš katero bom imel jaz?« ali pa »Mogoče bom pa jaz tudi eden izmed tistih«. Na tiskanem oglasu je lahko tudi fotografija odraslega, pod katero piše na primer: »A uganeš katero imam jaz?« ali pa »Mogoče sem tudi jaz eden izmed tistih«. Pod ali nad temi napisi pa je napis: »Vidi se v vaših očeh, ne v mojih« ali »Mojo bolezen ustvarjajo vaše oči« ali pa »Ne ustvarjaj motenj«. V televizijskem oglasu bi se lahko oseba s težavami v duševnem zdravju sprehajala po ulici, delala v pisarni ali pa počela katera druga opravila, pri čemer bi jo spremljali čudni pogledi. Posnetek bi prikazoval čudne poglede mimoidočih, ki bi na primer vedeli, da se oseba sooča s težavami v duševnem zdravju in bi jo na podlagi tega stigmatizirali. Oseba bi na videz predstavljala popolnoma normalno, navadno, povprečno osebo, na koncu pa bi oglas naznanil ali pa bi oseba rekla: »Bolezen je v vaših očeh« ali pa »Ne ustvarjajte bolezni«.

**Pomen zgodbe:** Duševne motnje ni mogoče vnaprej napovedati in jo tudi ni mogoče preprosto prepoznati po videzu in obnašanju osebe s težavami v duševnem zdravju. Zgodba prikaže stigmatizacijo in diskriminacijo kot nepravilen odnos do teh oseb.

#### IV. TELEVIZIJSKI OGLAS »Ne zdravite me s stereotipi.«

**Brief:** V današnji družbi so telesne bolezni in poškodbe obravnavane drugače kot duševne motnje. To pelje v diskriminacijo oseb s težavami v duševnem zdravju.

**Zgodba in scenarij:** Prvi prizor prikaže obravnavo telesne poškodbe. Nekdo ima nesrečo ali pa pride v bolnico s telesno poškodbo. V obeh primerih mu takoj nekdo priskoči na pomoč, pokliče reševalce, svojce, bolniško sestro, ali pa ga odpelje do zdravnika. Zanj poskrbijo prijazne sestre in zdravnik, če ostane v bolnici, pridejo na obisk svojci, prijatelji in sodelavci, bolniška soba je polna rož, oseba dobi kartice z željami za hitro okrevanje. Po prihodu domov mu vsi pomagajo, tudi doma ima obiskovalce. Zdravnik mu za hitrejše in uspešno okrevanje predpiše bolniško in zdravilišče. Ko se vrne nazaj na delo, ga sodelavci vprašajo po počutju, šef pa ga razumevajoče treplja po rami. Na koncu se lahko prikaže tudi to, da ima oseba s telesno poškodbo minimalne stroške, torej finančno zaradi telesne bolezni ali poškodbe ni bistveno prikrajšana. V drugem prizoru se prikaže ravnanje z osebo s težavami v duševnem zdravju. Oseba s težavo v duševnem zdravju, se sama spopada s svojo duševno motnjo, ki jo skriva pred drugimi zaradi sramu in strahu pred stigmo in diskriminacijo. V tem primeru samoplačniško ureja svoje zdravstvene težave. V drugem prizoru lahko oseba na primer tudi odkrito pove, da se sooča z duševno motnjo in oglas prikaže, kako oseba izgubi službo, prijatelje in je prisiljena v zdravljenje v psihiatrični ustanovi. Ko se vrne iz psihiatrične bolnišnice, se mora spet soočiti s problemi stigmatizacije in diskriminacije, zato se vrti v krogu in ne vidi izhoda. Na koncu oseba ostane brez vsega, si nastavi pištolo na glavo, s čimer oglas apelira na to, da bo storila samomor, saj je ostala brez prijateljev, sodelavcev, denarja, samospoštovanja in lastne ter družbene identitete. Na koncu oseba, v primeru, da v oglasu ostane živa, nagovori občinstvo z direktnim pogledom v kamero in besedami: »Ne zdravite me s stereotipi« ali pa »Stereotipi ne pomagajo«. Namesto

stereotipa se lahko uporabijo tudi pojmi stigma, predsodek, diskriminacija. Če oseba v oglasu stori samomor se lahko na koncu pojavi napis: »Ali je to res rešitev?« ali pa »Ali je to edina rešitev?«. Tretji prizor prikazuje osebo s težavami v duševnem zdravju, ki jo zdravijo in za njo skrbijo kot v prvem prizoru, torej kot pri telesni poškodbi. Na koncu je oseba s težavami v duševnem zdravju zdrava, zadovoljna, uspešna in pomaga drugim pri reševanju njihovih duševnih težav. Na koncu se v oglasu pojavi napis: »Obstajajo tudi drugačne rešitve« ali pa »Drugačne rešitve dajejo boljši rezultat«. Tri različne prizore se lahko objavi tudi kot samostojne oglase, ki si sledijo v določenem časovnem zaporedju, in sprva niso povezani med sabo, kasneje pa se jih poveže v smiselno celoto in predstavi v skupnem oglasu.

***Pomen zgodbe:*** Zgodba in scenarij prikažeta drugačno obravnavanje telesne in duševne motnje in tudi to, da bi z boljšim ravnanjem z osebami s težavami v duševnem zdravju in boljšim odnosom do njih lažje pripomogli k njihovemu boljšemu počutju, ozdravitvi in pozitivnejšim ter točnejšim medijskim reprezentacijam.

## 9. LITERATURA IN VIRI

### 9.1 Literatura

- Berger, L. Peter in Thomas Luckmann (1988): *Družbena konstrukcija realnosti. Razprava iz sociologije znanja*. Ljubljana: Cankarjeva založba.
- Debeljak, Aleš, Peter Stankovič, Gregor Tomc in Mitja Velikonja (2002): *Cooltura. Uvod v kulturne študije*. Ljubljana: Študentska založba.
- Fairclough, Norman (1995): *Media discourse*. London: Arnold.
- Fiske, John (2005): *Uvod v komunikacijske študije*. 1. ponatis. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Flaker, Vito (1998): *Odpiranje norosti. Vzpon in padec totalnih ustanov*. Ljubljana: Založba/\*cf.
- Foucault, Michael (1961/1998): *Zgodovina norosti v času klasicizma*. Ljubljana: Založba/\*cf.
- Foucault, Michael (1991): *Vednost – oblast – subjekt*. Ljubljana: Študentska organizacija Univerze v Ljubljani.
- Glasser, William (2003): *Opozorilo. Psihijatrija je lahko nevarna za vaše duševno zdravje*. Radovljica: Mca.
- Goffman, Erving (1963): *Stigma. Notes on the management of the spoiled identity*. New York: Simon & Schuster, Inc.
- Haralambos, Michael in Martin Holbron (1999): *Sociologija. Teme in pogledi*. Ljubljana: HarperCollins Publishers in DZS.
- Horwitz, Allan F. (2002): *Creating mental illness*. Chicago and London: The University of Chicago Press.
- Košir, Manca (2003): *Surovi čas medijev*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Kuhar, Roman (2003): *Medijske podobe homoseksualnosti. Analiza slovenskih tiskanih medijev od 1970 do 2000*. Ljubljana: Mirovni inštitut.
- Lacey, Nick (1998): *Image and representation. Key concepts in media studies*. New York: Palgrave.
- Luthar, Breda, Vida Zei in Hanno Hardt (2004): *Medijska kultura. Kako brati medijske tekste*. Ljubljana: Študentska založba.

- Macdonald, Myra (2003): *Exploring Media Discourse*. Great Britain: Arnold.
- Nastran Ule, Mirjana (1999): *Predsodki in diskriminacije. Izbrane socialno-psihološke študije*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.
- Slovenska zdravstvena organizacija (2005). *Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene (skrajšano MKB-10)*. Deseta revizija, 1. knjiga, 2. izdaja. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
- Szasz, Thomas (1982): *Proizvodnja ludila. Usporedno proučavanje inkvizicije i pokreta za brigu o duševnom zdravlju*. Zagreb: Zagrebčki zavod Hrvatske, OOUR izdavačka djelatnost.
- Szasz, Thomas (1994): *Cruel Compassion. Psychiatric control of society's unwanted*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Tomori, Martina in Slavko Zihel (1999): *Psihijatrija*. Ljubljana: založba Litterapicta, Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani.
- Zaviršek, Darja (2000): *Hendikep kot kulturna travma. Historizacija podob, teles in vsakdanjih praks prizadetih ljudi*. Ljubljana: Založba/\*cf.
- Wahl, Otto F. (2003): *Media Madness. Public Images of Mental Illness*. New Brunswick, New Jersey: Rutgers University Press.

## 9.2 Medmrežje in ostali viri

- Forman, Miloš (1975): *Let nad kukavičjim gnezdrom*. Film. DVD.
- Francis Catherine, Jane Pirkis in David Dunt (2001): *Mental Health and Illness in the Media. A review of the literature*. Dostopno na <http://www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/content/mental-pubs-m-media> (22. avgust 2007).
- *Guidelines for media coverage on suicide 2004–2007*. Dostopno na <http://www.yssp.org/media/reportingGuidelines.htm#resources> (5. september 2007).
- *Delo*. Izdaje v letnikih: 2002–2007. Delo Revije, d.d. Ljubljana. Elektronska izdaja.

- *Dnevnik*. Izdaje v letnikih: 2002–2007. Dnevnik, d.d. Ljubljana. Elektronska izdaja.
- Jurančič, Janko (1986): *Srbskohrvatsko-slovenski slovar*. Tretja, znatno razširjena izdaja. Ljubljana: Državna založba Slovenije.
- Mediawatch (2003): *Priročnik za novinarsko poročanje o manjšinskih skupinah*. Ljubljana: Mirovni inštitut.
- *Mental Health Media: Annual Report 2003–2004*. Dostopno na <http://www.mhmedia.com/reports.html> (31. avgust 2007).
- *Predlog Zakona o duševnem zdravju 2007*. Dostopno na <http://www.mz.gov.si/> (10. september 2007).
- President's New Freedom Commission on Mental Health (2003): *Final Report*. Dostopno na <http://www.mentalhealthcommission.gov/reports/Finalreport/downloads/downloads.html> (16. avgust 2007).
- Rozman, Bor (1999): Intelektualna lastnina in patentni uradi v dobi globalizacije. *Teorija in praksa* 36(6), 1027–1040.
- *Slovar slovenskega knjižnega jezika 1996*. Ljubljana: DZS.
- Smolar Adi (1997): *Jaz sem nor*. Glasba. CD.
- Thaler Petra (2005): *Medijske reprezentacije smrti*. Magistrsko delo. Ljubljana: FDV.
- *Zelena knjiga 2005*. Smernice Skupnosti evropske komisije na področju duševnega zdravja. Ljubljana: Šent.
- Žvan Vukoslav (2003): *Skripta za psihopatologijo. Predavanja iz psihopatologije*. Ljubljana: Filozofska fakulteta, oddelek za psihopatologijo.