

## IDENTITET I TOTALNA USTANOVA

### Identity and total institution

*APSTRAKT U ovom radu se bavimo analizom procesa (samo)konstrukcije identiteta rezidenata jedne forenzičke bolnice. Našu potragu smo utemeljili na konstruktivističkoj teorijskoj paradigmi koja identitet vidi kao način na koji osoba u skladu sa ponuđenim socijalnim repertoarom definiše sebe. To bi drugim riječima značilo da milje totalne ustanove nudi ograničen dijapazon identiteta svojim rezidentima. S druge strane, ni potonji nisu samo pasivni subjekti kojima se nameće identitet. Oni mogu koristiti niz mehanizama prilagođavanja na postojeće znanje o njima – od simboličnog bijega preko otvorenog otpora namećućoj slici o tome ko su, do poslušnosti, a nas je zanimalo da razumijemo (pretpostavljenu) kompleksnu dinamiku izgradnje identiteta tzv. specijalnih pacijenata. Da bismo opisali ovaj proces, analizi smo podvrgli zvanične i tzv. lokalne ili lične diskurse o identitetu, nastojeći da otkrijemo pored manifestnog i latentni sloj značenja priča o sebi.*

**KLJUČNE RIJEČI** konstruktivizam, diskurs, identitet, specijalna bolnica, forenzički pacijent

*ABSTRACT This paper analyses a psychiatric institution resident's identity (self)-construction processes. Our quest was grounded on constructivist theoretical paradigm that sees identity as a manner a person defines oneself in accordance with offered social repertoire. In other words, the total institution milieu offers limited range of identities to its residents. On the other hand, the latter are not just passive subjects that identity is imposed upon. They are able to use a number of adjustment mechanisms to the knowledge about themselves – ranging from symbolic escape to open resistance against the imposed image about them; to obedience, and we were interested to understand the (supposed) complex dynamic of identity (re)-building in, so-called, special or forensic patients. In order to understand this process and attempting to discover, besides the manifest also the latent layer of the story about self, the local, or personal, identity understanding was examined.*

**KEY WORDS:** constructivism, discourse, identity, special hospital, forensic patients

---

1 milanaljubicic@yahoo.com

## Uvod

Osnovna i za našu studiju posebno važna pretpostavka je ona od koje polaze socijalni konstruktivisti. Oni naime tvrde da je realnost društveno konstruisana (Conrad, Schneider, 1992). To bi drugim riječima značilo da je ono što smatramo *istinom* proizvod ne objektivno postojeće stvarnosti, već socijalnih procesa i interakcija. Konstruisanje realnosti prolazi kroz nekoliko faza: od eksternalizacije, preko objektivizacije do internalizacije kada naučenu *istinu* više ne dovodimo u pitanje već neku realnost i/ili socijalni identitet uzimamo *zdravo za gotovo*. Mnogi kao Payne (2006) smatraju da, kao i socijalna realnost, i socijalni identiteti predstavljaju svojevrsnu iluziju koja je bazirana *na opštoj saglasnosti o*.

Tipifikaciju ovako stvorene realnosti olakšava shema sastavljena od međusobno isključujućih parova: prihvatljivo – neprihvatljivo, normalno – patološko, slično – različito (Marinković, 2006), pomoću kojih pojedinac lako može biti *razvrstan* – prepoznati svoj identitet. Drugim riječima, to bi značilo da je diksurs o tome *ko smo?*, neraskidivo povezan sa postojećom društvenom strukturom i svakodnevnim praksama, dok konačni sud o tome daju oni moćniji, koji imaju *monopol na istinu*. Ovaj proces konstrukcije *priča o* je lako uočiti u slučaju nosioca „defektog“ identiteta (Gofman, 2009). Među njima nalazimo (između ostalih i) one mentalno oboljele, koje njihova bolest – i sama socijalni konstrukt – stigmatizira. Neupitna je istina o tome ko su oni: njihov identitet je u potpunosti kontaminiran mentalnim poremećajem (isto, 2009).

Ali, šta oboljeli može uraditi da bi se izborio sa ovakvom slikom o sebi? Pred njim je nekoliko rješenja. Na primjer, on o svoju „kuku“ (Gofman, 2009: 22) može okačiti sve svoje nepodobnosti, nezadovoljstva, odluke i dužnosti, za dominantni narativ uzeti „tužnu priču o svom životu“ ili svoju bolest shvatiti kao *blagoslov* zahvaljujući kojem doživljava promjenu (Gofman, 2011). Bilo kako bilo, bolest je temelj oko i na kojem oboljeli organizuje svoj život – gradi moralnu karijeru, učeći kako „normalni“ percipiraju one sa „nedostacima“ koje i sam posjeduje.

Konačno, da bi se razvio, ovakav identitet mora biti definisan unutar određenog institucionalnog miljea jezikom struke (Marinković, 2006). Zapravo, „diskursi o nenormalnom“ (isto, 2006: 199), devijantnom, patološkom, mogu postojati jedino ukoliko se takvi oblici (konstrukcije) realnosti uoče i definišu unutar institucionalnih domena, npr. u okvirima zvaničnog dijagnostičkog sistema. Drugim riječima kazano, to postaje jedan od načina socijalne kontrole onih koji su prepoznati kao drugačiji.

Ovi mehanizmi kontrole su istovremeno samoreproduktivni i samoopravdavajući. Tako postaje moguće da zvanični diksurs postulira tezu o opasnosti mentalno oboljelih, istovremeno se baveći njihovom terapijom (čitaj: nadzorom) i opravdavajući primjenjene postupke.

Konačno, ne treba zaboraviti da je medicina, a među njenim granama posebno psihijatrija, odavno prepoznata kao glavni element društvene kontrole.

Izolovani i zatvoreni u prvim azilima, a potom od pedesetih godina XX vijeka sputani neurolepticima, mentalno oboljeli su predmet stalnog nadzora: iako se čini da se mehanizmi mijenjaju, smisao njihove primjene ostaje isti. Na primjer, savremeni pristup mentalno oboljelima se (barem deklarativno) bazira na deinstitucionalizaciji, ali se stiče utisak da premještanje brige o njima na servise u zajednici ne daje dovoljno dobrih rezultata. Ne samo da se odgovornost za bolest i njeno liječenje sve više prebacuje na oboljelog (Fakhoury, Priebe, 2007, Priebe, 2003, Zola, 1972), već je sve prisutniji sa deinstitucionalizacijom naizgled nesaglasan trend reinstitucionalizacije ili transinstitucionalizacije (Fakhoury, Priebe, 2007: 314). Riječ je o procesu koji je prepoznatljiv na globalnom nivou: porastu broja tzv. forenzičkih kreveta i mentalno oboljelih unutar zatvorske populacije (Tabela 1.).

Tabela 1. *Kretanje broja forenzičkih kreveta u šest zemalja Evropske unije za period od 1990–1991. i 2002–2003. godine*

Zemlja	Engleska	Holandija	Italija	Švedska	Njemačka	Španija
1990–1991.	1.3	4.7	2.0	9.8	4.6	1.2
2002–2003.	1.8	11.4	2.2	14.3	7.8	1.5

Izvor: Fakhory, Priebe, 2007.

Ispod ovog manifestonog sloja, moguće je tragati za značenjima koje navedeni trendovi nose. Nama je bliska teza da zvanični diskurs i na njemu bazirane prakse upućuju na njihovu (kvazi)humanu prirodu. O potonjem svjedoči jaz između deklarativnog zalaganja za deinstitucionalizaciju mentalno oboljelih uz istovremeno sklanjanje ovih lica na mjesta posebne kontrole: zatvore i forenzičke bolnice. U ovim specijalnim bolnicama<sup>2</sup> kontrola poprima svoj drastičan izraz: otpust u zajednicu je uslovljen ne samo remisijom osnovne bolesti, već i predikcijom o mogućem rizičnom ponašanju rezidenta ovakve ustanove u budućnosti, za šta odgovornost snosi psihijatar – vještak. Budući da precizna predikcija rizika nije moguća, to u krajnjem skoru znači da ne samo da se povećava broj pacijenata forenzičkih ustanova, već i da one postaju trajn(ij) utočišta za ovu kategoriju mentalno oboljelih. Da ima malo nade da će u tom pogledu u budućnosti nešto značajnije promjeniti, barem kada je riječ o zemljama EU, tvrdi Priebe (2003). Primjećuje da i pored skupog održavanja ovog sistema za kojeg nema dokaza da je neophodan: da uspješno štiti zajednicu od potencijalnog nasilja mentalno oboljelih i u krivičnom smislu neodgovornih pojedinaca, planira se njegovo proširenje. Dodajmo da ove planove krajnje realističnim čine postojaća legislativna rješenja koja proširuju mogućnost za prisilnu hospitalizaciju.

Ovaj najširi zvanični okvir: statistički uhvaćena praksa i legislative, manje-više neposredno opisuju dominantni diskurs o mentalno oboljelom kao opasnom. Ali, kako stoje stvari sa marginalizovanim glasovima? Mirne duše možemo konstatovati da od vremena Gofmanovih *Azila*, istinama marginalizovanih rijetko dajemo naučni prostor (Ljubičić, 2014).

2 Drugi naziv za forenzičke bolnice (vidi: Ljubičić, 2013).

Naše neznanje po ovom pitanju je potpuno kada je riječ o forenzičkoj populaciji u Srbiji. Na osnovu sporadičnih kvantitativnih istraživanja, koja su po pravilu psihijatrijska po svom karakteru možemo steći sliku o jednom broju specijalnih pacijenata.<sup>3</sup> Saznajemo tako od čega najčešće boluju (paranoidna shizofrenija), kakva (ne)djela su izvršili (najčešće ubistva) i koga viktimizovali (članove porodice) (vidi: Ljubičić, 2013). Za to šta bi nam oni o sebi mogli kazati smo uglavnom gluvi.

Ovakva vrsta naučne nebrige govori ne samo o metodološkim poteškoćama u zahvatanju ovog polja (vidi: Ljubičić, 2014), već i o marginalizovanom položaju specijalnih pacijenta. Za njih sasvim pouzdano možemo tvrditi da su isključeni iz svih velikih narativa o slobodi i humanosti sa kojom (naizgled) postupamo prema mentalno oboljelima. Odatle, pitanja: u kojoj mjeri institucionalni kontekst u kojem borave specijalni pacijenti *kroji* njihov identitet i da li su alternativne istine (oboljelih) o sebi moguće, traže da budu otvorena.

Na njih ćemo ponuditi odgovore u našoj studiji, analizirajući zvanične diskurse o rezidentima forenzičke bolnice i tzv. lokalne priče specijalnih pacijenata o tome *ko su*.

## Metodološki okvir studije

Teza koju smo nastojali provjeriti jeste da ustanova kroz zvanične narative o svojim štićenicima konstruiše i njihove zvanične identitete (Trenner, 1998, Paterniti, 2000). Što je manja vjerovatnoća da rezident pregovara i koriguje zvaničnu *istinu* o sebi, to i njegova mogućnost da za druge učini vidljivim svoj alterantivni, takođe konstruisani identitet i suprostavi ga onom zvaničnom, postaje manja ili barem manje poželjna. To bi drugim riječima značilo da u ustanovi totalnog tipa – mjesta boravka pojedinaca sa sličnim problemima, koji vode zatvoren, kontrolisan život, odvojeni od šireg društva u dužem vremenskom periodu, rezidenti nemaju moć da pregovaraju sa osobljem oko toga ko su. Njima je ostavljen mali dijapazon alternativnih i za njih lično korisnih načina prilagođavanja i identiteta koje bez bojazni mogu njegovati isključivo skriveno, ako su stekli poželjan status, ili otvoreno, ukoliko ga nemaju (Gofman, 2009).

Ali, zbog čega je poželjni stečeni status važan za rezidente i kako se on stiče? Nekoliko je mogućih odgovora. Čini se da je sticanje statusa u ustanovi način da se barem u nekoj mjeri dekonstruiše defektni identitet. Pa tako onaj čiji je zvanično dati identitet manje defektan, sebe može percipirati kao jako bitnog (Gofman, 2011: 38) i sve više različitog od ostalih koji pripadaju njegovoj *kategoriji*. Jedan od pouzdanih načina za sticanje poželjnog statusa je: biti primjeren pacijent – pokoran ešalonskom autoritetu (isto, 2011: 48). To znači poštovati (ne)formalna pravila, pokoravati se osoblju svih nivoa. Riječju, igrati podređenu ili poslušničku ulogu. U krajnjem skoru to oboljelom donosi mogućnost da bude bliži osoblju, koje će možda prepoznati i obznaniti od zvaničnog drugačiji, i pretpostvaljamo za oboljelog prihvatljiviji identitet.

3 Drugi naziv za pacijente forenzičkih bolnica (vidi: Ljubičić, 2013).

S druge strane, jedan broj oboljelih ne igra ulogu primjerenih. Njihov zvanični identitet se uklapa u sliku defektnog, ali o tome kakva je njihova priča o tome ko su i zbog čega biraju da budu neposlušni, malo znamo.

Da bismo razumjeli ovaj proces, analizi smo podvrgli zvanične istine – zvanično evidentirane stručne ocjene psihijatra i psihologa o stanju mentalnog zdravlja i različitim aspektima ličnosti oboljelih koje smo pronašli u njihovim istorijama bolesti, i priče oboljelih o tome ko su bili prije dolaska u ustanovu i ko su oni sada. Odnos između niti identiteta smo prepoznali kao dinamičan i prožimajući.

Zvaničnim ili utvrđenim *istinama* o oboljelima smo pristupali, analizu vodeći kroz nekoliko ravni, nastojeći da iza manifestnog vidljivog, uočimo i razumijemo i ona skrivena značenja. Prvu, posmatranju dostupu ravan smo opisali pomoću triju diskursa. Riječ je o: dikursu *cigle i maltera* ili arhitekturi, zvaničnom dikursu koji usmjerava politiku prema mentalno oboljelima, i stručnom dikursu – zvaničnim istinama koje su u službenoj dokumentaciji o oboljelima evidentirali psihijatri i psiholozi. Iza ovog vidljivog sloja, mi smo tragali za skrivenim značenjem, uočavajući niz nesaglasnosti u zvaničnim politikama i zvaničnim praksama.

Lokalne diskurse (Payne, 2006) ili priče o tome ko su, pričali su nam rezidenti *Specijalne zatvorske bolnice* u Beogradu. Ove lične istine smo nastojali razumijeti baveći se prošlim (prije dolaska u bolnicu) i sadašnjim nitima identiteta (Ber, 2001). Prva od njih se tiče značenja koja za njih imaju iskustva iz prošlosti. Drugu nit identiteta – segmente priče o tome ko su oni sada, *hvatali* smo analizirajući načine na koje se oboljeli prilagođavaju životu u totalnoj ustanovi.

*Otkrivanje* lokalnih diskursa je započeto analizom razgovora sa 50 rezidenata *Specijalne zatvorske bolnice* u Beogradu. Na osnovu njihovih priča izdvojili nekoliko tipičnih načina prilagođavanja svakodnevi. Riječ je o: 1. pasivnom prihvatanju zvaničnog diskursa, uz istovremeno njegovanje mehanizama bijega koji isključuje aktivni otpor; 2. otvorenom suprostavljanju zvaničnoj istini uz čuvanje ranijeg identiteta; i 3. igranju uloge savršenog utočenika, što u pitanje dovodi zvanični defektni identitet. U radu smo ove diskurse prikazali pričama trojice naših sagovornika.

Dodajmo i to da je, u vizuri konstruktivista, ovo lokalno znanje *iskustvo-iz-prve-ruke* (isto, 2006) neophodni preduslov za sticanje naučnog, i podjednako validno i istinito kao potonje. U tom smislu i naša je analiza dobila izgled socijalne konstrukcije – jednog od mogućih načina razumijevanja nastanka i/ili metamorfoze identiteta.

## Institucionalni kontekst i zvanični identitet

Budući da konstruktivisti smatraju da analiza diskursa mora uvažiti kontekst, mi smo se posebno pozabavili razmatranjem (ne)vidljivih odlika insitucionalnog miljea. Našu analizu institucionalnog setinga smo bazirali na spolja vidljivim odlikama ustanove, formalno zadatim i prepoznatljivim

procesima koji boje svakodnevicu njenih rezidenata, te na onim unutrašnjim skrivenim procesima koji teku mimo formalne rutine, a na koju su nam pažnju skrenuli naši sagovornici.

Kada je riječ o spolja vidljivim odlikama: cigli i malteru, valja primjetiti da za razliku od ostalih ustanova u koje se smještaju mentalno oboljeli, *Specijalna zatvorska bolnica* nije skrajnuta na obode grada (vidi: Porter, 2002). Njen geografski položaj je iznenađujuće *centralni*, kao uostalom i činjenica da se bolnica nalazi u sklopu najveće penitencijalne ustanove u Beogradu – *Centralnom zatvoru*. Ovaj (ne)namjeravani fakt *sabiranja* specijalnih pacijenta u penitencijalnu ustanovu bi se mogao pripisati nedostatku novca i prostora koji bi bio dostatan za drugačiji način zbrinjavanja ove klase oboljelih. S druge strane, iza ovog opravdavajućeg diskursa vjerujemo da stoji jedan drugačiji sloj značenja. Mi smo ga prepoznali na sljedeći način: budući opasni, oboljeli moraju biti strogo čuvani. Ili drugačije kazano: medicinska njega (liječenje) je i dalje podređena čuvanju (vidi: Ljubičić, 2013, Drakić, 2014).

Posredno, o tome svjedoči i činjenica da su, pored opredjeljenja ka liječenju, formalni sadržaji, na primjer različiti vidovi socioterapije, koji bi trebali ciljati na resocijalizaciju rezidenata ove bolnice malobrojni. Dodajmo da je ovim programima, koji nisu obavezni, obuhvaćen tek mali broj pacijenata, i to po pravilu na početku njihovog liječenja. Na primjer, u okupacionu terapiju, koja se odvija isključivo preko radne nedelje u vremenu od 10–12 je u prosjeku uključeno oko 15-oro oboljelih. Ostale, formalno zadate dužnosti kakve su na primjer radna angažovanja ili zaduženja/redarstva, rezidenti prihvataju ukoliko su na to primorani. Tako rijetki vršenje ovih aktivnosti, a naročito potonje, prihvataju kao vid svojevrsne rekreacije. Imajući navedeno na umu ne čudi da je upravo dosada ključna odlika svakodnevice (Ljubičić, 2014). Oboljeli vrijeme provode najčešće spavajući, gledajući televiziju, razgovarajući sa drugim pacijentima ili – ne radeći ništa. Čini se da na njih niko ne obraća pažnju izuzev ako ne uznemiravaju druge (Quirk, Lelliott, Seale, 2006). Imajući na umu uočeno, na mjestu je pitati se da li ovi alternativni načini bivanja u ustanovama, nude i alternativne identitete?

Evo kako na to gledaju pitanje Petar, Marko i Vladimir.<sup>4</sup>

## Nezvanični identitet

### *Pasivnost i alternativni identiteti*

Naš prvi sagovornik, Petar star je 46 godina. Mjera bezbjednosti obaveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja u psihijatrijskoj bolnici mu je izrečena zbog nasilja u porodici (prema sestri), a u bolnici se nalazi tri godine. Nije oženjen. Visoko je obrazovan. Majka, sestra i stric, jedni članovi bliže porodice, su preminuli. Nema prihvata u spoljašnjoj sredini.

Njegova je svakodnevica uobičajeno monotona i teče ovako: „Ustajem oko 8 sati, doručujem, popijem kafu, onda opet legnem da spavam. Stalno mi se

4 Imena naših sagovornika su promjenjena radi zaštite njihovog identiteta.



spava. Onda me probude drugari za ručak. Ručam, opet legnem da spavam... Nekako se dočeka večera. Operem zube i onda legnem. Kad zaspiš – zaspiš“.

Dominantan način provođenja vremena je više nego očigledno – pasivan. U odnosu na druge moguće načine provođenja svakodnevice u specijalnoj bolnici: druženje ili uključivanje u formalno ponuđene sadržaje, Petar bira da se isključi. Veli tako da više voli da spava nego da priča sa društvom i da se „u zadnje vreme ulenjio pa ne ide na radnu i grupnu terapiju“.

Čini se da je spavanje za njega koristan način bijega iz stvarnosti u kojoj živi, koji mu obezbjeđuje i toliko potrebnu privatnost. Teško mu pada to što ne može da bude sam. Kaže: „Dosadi kad ste stalno sa ljudima. Naporno je“.

Ono što nazvali potrebom za samoćom Petar je ponio sa slobode. Kaže tako da je imao dva druga iz osnovne škole i da na fakultetu nije stekao nikakvo društvo. Ovaj dio svog identiteta: za druge ljude zatvorene osobe koja čuva svoju privatnost, zadržao je i u totalnoj ustanovi.

Pasivni način bivanja u *Specijalnoj zatvorskoj bolnici* onemogućava Petra da drugima ponudi alternativnu priču o sebi. Izolovan koliko to može biti, nezainteresovan za druge oko sebe, van sukoba i svakodnevice koja je strukturisana, Petar čuva segmente ranijeg identiteta (vukovac, gimnazijalac, brižan sin, čovjek koji čuva svoju privatnost, nezavisni duh) koji nije saglasan sa onim zvaničnim.

A kakav je zvanični dikurs<sup>5</sup> o Petru? Čini se da se uklapa u sliku defektnog. Petar je prepoznat kao napet, izvještačeno ljubopitiv, pasivno agresivan, asocijalan, osiromašen, emocionalno hladan, riječju – loše prilagođen. Dodajmo da je konstatovano da sadašnjost boji depresivnim sadržajem, tjeskobom i napetošću, dok na budućnost gleda besperspektivno i pesimistički.

### *Zvanični dikurs i aktivni otpor*

Naš drugi sagovornik Marko, star je 47 godina. Po obrazovanju je mašinbravar. Razveden je i ima dva sina. Nezaposlen. Posljednje tri godine svog života je proveo u zatvorskoj bolnici, cijeni – optužen za nasilje u porodici koje nije postojalo. Veli: „Mogu sve da dokumentujem. Videćete da sam ja u pravu!“

O tome kako izgleda njegova svakodnevica ne kazuje mnogo: „Ustajem u 7 sati. Doručak je u 8. U toku dana može da se šeta. Ima park“. Na radnu terapiju kaže da je odlazio prvih mjeseci po dolasku u bolnicu, a svoje iskustvo ovako opisuje: „...u 47 godini je smešno da se igram sa perlicama. To sam radio u prvom razredu“. Odmah ljutito dodaje: „Neću da sečem šperploču!“

Ispoljavanje otpora prema autoritetima našem sagovorniku nije strano. Taj je dio priče o sebi – bundžiji, Marko ponio sa slobode. Na sličan način kao što odbija da učestvuje u program tretmana i kritikuje ga, Marko se bunio i protiv pravila roditelja. Kaže da nije: „...voleo komandu (roditelja)!“ Zbog toga što su mu stalno određivali ko može da mu „bude drug, a ko devojka“, Marko je odmah po završetku srednje škole napustio roditeljsku kuću i otišao u inostranstvo.

5 Podsjecamo čitaoca: riječ je o stručnom mišljenju psihijataru i psihologa o stanju mentalnog zdravlja i različitim aspektima ličnosti oboljelog.

O svom boravku tamo rado priča. Radio je u Austriji i Jermeniji dvije godine, i u Italiji pet. O tome kako se snalazio u Italiji naširoko govori. Opisuje do detalja kako se u ovoj zemlji bavio prosjačenjem i švercom. Ovaj zanat je kaže, učio. Smislio je inteligentan plan koji je davao rezultate. „Stanem sa dobrim autom kod (benzinske) pumpe. Kažem da mi trebaju pare da se vratim u Jugu. Onda se pomeram amo-tamo od jedne do druge benzinske. Talijani daju pare. Mnogo su pobožan narod. Talijan ne može da veruje da ga zavrtlava čovek od 90 kila, da prosi. Ne može da ukapira da si prosjak“. Otkriva i sljedeće: „Što si pedantnije obučen, to je bolje, da ne izgledaš kao da nekog zloupotrebljavaš. Ne smeš da budeš prljav“.

Marko posebno opširno priča o ovoj niti svog identiteta, ličnoj genijalnosti – dovitljivosti i istrajnosti, sposobnosti, koje je ponio sa slobode i sačuvao u ustanovi. Za sebe tako kaže da je bio najbolji: „... vojnik, radnik-farbar, prosjak“, posebno odgovoran: u njegovom vodu niko nije poginuo<sup>6</sup>, uporan: „Kad je stani-pani, sve završim... Uporan sam: ili savršeno ili da me nema,“ i snalažljiv: „Sad da me puste na par sati, ja bih zaradio 1 000 dinara“.

Ipak, čini se da niti njegovog ranijeg identiteta ugrožava zvanični diskurs o tome ko je on. Da bi lični diskurs sačuvao manje-više netaknutim, on koristi nekoliko mehanizama otpora. Mi smo ih prepoznali i imenovali kao: *izuzetak od pravila* ili *konstatovati da si drugačiji od ostalih, dokazati da griješe i ostati u pravu*.

Tako kada je riječ o mehanizmu *izuzetak od pravila*, Marko se trudi pokazati da on nije isti kao i ostali i da mu zbog toga ne može biti nametnut defektni identitet – identitet psihijatrijskog bolesnika. Kaže: „Otkad sam rođen nisam lečen od psihijatrije. Da li shvatate da ja nisam psihički slučaj? Nisam psihijatrijski bolesnik. Ako me ne polude. Ja sam pijanica, nisam ludak. Drugo je alkoholizam...“.

Da bi dokazao da se zvanični defektni diskurs ne može na njega primjeniti, Marko ukazuje na svoje posebne sposobnosti. „Ja sam ovde naučio da sviram dugmetaru za dva dana...Mogu da popravim TV grickalicom za nokte. Dobrovoljno radim da dokažem da mogu da budem i radnik“.

Konačno, ukoliko u nekoj konkretnoj situaciji zakažu ovi mehanizmi zaštite identiteta, Marko se otvoreno konfornitra sa nadležnima koji namjerno griješe (iako vrlo dobro znaju ko je on!) jer ga „ne vole“. Tako on odbacuje sve formalno ponuđene sadržaje i vidove stručne pomoći ne samo zato što mu nisu potrebne, već zato što su besmislene. Kaže: „Da meni psiholog rešava neka pitanja, to ne može! Neću da priznam da sam lud i glup i bolestan! Neću da idem na radnu terapiju! Apsurdno je da igram *Ne ljuti se čoveče* kad sam igrao poker, dobijao. Plaćao zadovoljstvo igre. Ne može to tako da izgleda! Tako se ne radi! To su ludaci.“

Ključna stavka kojom brani sliku o sebi glasi: „Ako neko ne može da me demantuje, onda sam u pravu!“

Zvanična slika o Marku: narcistička ličnost, agresivan, u otporu prema autoritetu, nesaradljiv.

6 Učestvovao je kao rezervista u oružanim sukobima na prostoru bivše SR Hrvatske 1991. godine.



*Identitet uzornog utočenika*

Naš treći sagovornik Vladimir, ima 57 godina. Svršeni srednjoškolac. Nikad nije bio u radnom odnosu. Nije oženjen. U bolnici se nalazi dvije decenije. Niko ga ne posjećuje. Prije dolaska u bolnicu živio je sa roditeljima koje je ubio. Viđen je za doživotnog rezidenta bolnice, iako je njegova bolest u stanju stabilne remisije duži vremenski period. Razlog: izostanak porodičnog prihvata.

Kao i u slučaju Petra i Marka, i Vladimirova svakodnevnica je jednolična, izuzev kada izlazi u grad sa vaspitačicom. On ustaje u 6 sati ujutro. Ranoranalac je. Obuje se, namjesti krevet. Doručkuje. Obavlja svoje obaveze na bloku. Tako mu prođe prijedodne. Poslije ručka obično sluša muziku i čita, kao i nakon večere. Preko dana rijetko spava. Liježe tačno u deset.

Vladimir ima niz zaduženja koja obavlja. Neka od njih su formalnog karaktera – dijeli obroke, pomaže servirkama, a ranije je (sve dok nije povrijedio kičmu) prao tanjire, čistio stolove, pomagao sestrama u sobi, ribao trepezariju, išao na istovar robe. On obavlja i neka neformalna zaduženja. Na primjer dobrovoljno se angažuje oko bolesnijih od sebe. Već tri i po godine pomaže „...sestrama oko jednog nepokretnog, starog pacijenta koji mokri pod sebe. Njega kupam. I ranije sam im (sestrama) pomagao oko sličnih pacijenata. Ta zaduženja mi ne padaju teško“. Veli: „Zadovoljstvo mi je da mogu da pomognem osoblju i bloku.“

(Ne)formalno angažovan i na stalnoj usluzi osoblju koje se oslanja na njegovu pomoć, Vladimir je stekao status posebnog pacijenta. Zbog toga je odabran za sobnog starješinu. U odnosu na ostale rezidente, njemu je delegirana i izvjesna moć. Njegova zaduženja su da: „...bolesnika koji ne održava higijenu na to podsetim, zamolim ga da se okupa, da se obuče, staram se o pacijentima. Staram se o čitavom bloku.“

Taj je njegov posebni status validiran i mimo bolnice, u spoljašnjem svijetu. Kada je nakon četrnaest godina izolacije izašao u grad „ispalo je“, veli: „... da je sve u redu i da se ni po čemu nisam izdvajao od drugih ljudi. Niko nije primetio da sam duševno bolestan.“ Dodaje: „To su mu najprijetniji trenuci“.

Priču o ličnoj posebnosti ponio je sa slobode. On je tako bio „popularan u čitavom gradu, toliko voljen i među običnim ljudima i među mafijašima, svi su ga znali i po izgledu i po ponašanju“. Kaže: „Nije bilo čoveka protiv mene.“ Njegovi jedini *neprijatelji* su bili roditelji i brat. Brat ga je od djetinjstva mrzio, jer je bio voljeniji, bolji đak, po ponašanju bolji. Roditelji su bili ljubomorni na njega. Htjeli su ga spustiti na „nivo debila, idiota“. Nisu mu nikad dali savjet, čitali su ko zaliveni, zato što mu „nisu želeli dobro“.

Možda je to ključni razlog zbog koga Vladimiru nije stran diskurs o institucionalnoj brizi kao poželjnoj. Tako on iskustvo čitavog niza hospitalizacija koje su prethodile dolasku u zatvorsku bolnicu validira kao poželjan način bivanja sa drugima. Kaže da se, iako su ga vezanog ... vozili dva puta, u Padinskoj Skeli „lepo odmorio i od roditelja i od brata“ koji su ga namjerno uništavali, pričajući „po ceo dan o cenama i hrani“.

Dodajmo i to da stečeni institucionalni status – drugačijeg od ostalih, Vladimir nipošto ne bi mijenjao. On tako ne želi da bude smješten u dom „jer su i

tamo bolesni ljudi. I tamo je možda još teže nego ovde“. Veli da se pomirio sa tim da će do kraja života biti u *Specijalnoj zatvorskoj bolnici* i da mu to ne pada teško.

O tome ko je ovaj čovjek, psihijatri kažu: uvijek angažovan oko nekoga, puno znači na odjeljenju, održava higijenu, nadzire (ko se kupa ko ne), saraduje (sa osobljem). Riječju – značajan je za sve.

## Umjesto zaključka

U ovom tekstu smo se bavili analizom zvaničnih i lokalnih diskursa o identitetu pacijenata *Specijalne zatvorske bolnice* u Beogradu. Cilj analize je bio opisati i razumjeti proces (de)konstrukcije identiteta u miljeu totalne ustanove. Kao referentni izabrali smo konstruktivistički teorijski okvir. Sudeći po ovoj paradigmi identitet nastaje u interakciji sa drugima, prožimanjem prošlih i sadašnjih iskustava, i anticipiranjem mogućih ishoda. Razumjeti ko smo, poručuju konstruktivisti, postaje moguće jedino ukoliko *istine* o nama kontekstualizujemo – posmatramo kao proizvod socijalnih procesa i interakcija sa drugima u konkretnom istorijskom trenutku, dok konačan sud o našem identitetu daju moćniji: oni koji imaju monopol na istinu.

Iako su, u poređenju sa zvanično nametnutim identitetom, naše istine najčešće marginalizovane, utješan je fakt da postoji niz strategija pomoću kojih se neko može boriti za pravo na alterantivnu priču o sebi. Tako se mentalno oboljeli može pasivno opirati zvaničnom diskursu, pružiti aktivni otpor ili pridružiti se istinama koje su ponudili stručnjaci, igrajući ulogu poslušnog pacijenta, što mu može donijeti povlašteni status i priliku da se oslobodi zvaničnog (invalidizirajućeg) diskursa.

Računajući s tim da se identitet sastoji od niza slojeva, mi smo u našoj analizi posmatranju podvrgli dva u osnovi isprepletana diskursa o identitetu. Jedan je onaj zvanični, a drugi lokalni ili lični. Prvi sloj zvaničnog diskursa je ponudio najopštiji okvir analize unutar kojeg smo smjestili naše razumijevanje zvaničnih istina o specijalnim pacijentima. Tragajući tako za latentnim značenjem prostornog lociranja *Specijalne zatvorske bolnice* ili diskursom o *cigalama i malteru*, uočili smo da se ovi pacijenti ne razlikuju mnogo od zatvorenika. Oni su smješteni u istoj zgradi, i jedni i drugi posebno obezbjeđeni. Prednost je čini se, data čuvanju, a tek potom liječenju specijalnih pacijenata, o čemu sa svoje strane svjedoče i malobrojni i slabo posjećeni formalno utemeljeni programi resocijalizacije, kao uostalom i sam naziv institucije u koju su smješteni.

Slojeve ličnih diskursa o identitetu smo otkrivali pričajući sa oboljelima o: njihovom životu prije dolaska u specijalnu bolnicu i o segmentima njihove svakodnevice u ovoj ustanovi. Razgovarajući sa 50 rezidenata, uočili smo tri tipična mehanizma prilagođavanja životu u bolnici koji vode (raz)gradnji identiteta i ilustrovali ih prikazom priča o identitetu trojice specijalnih pacijenata. Prvi mehanizam – pasivni otpor zvaničnom diskursu, podrazumijeva isključivanje iz svakodnevice pomoću oprobano mehanizma bijega – spavanja. Čini se da je cilj sačuvati pređašnji identitet – onaj donesen sa slobode. Koristeći ovu strategiju oboljeli postaje zatvoren i za zvanične priče o tome ko je on, i

za mogućnost izgradnje onih alterantivnih. Aktivno suprostavljanje zvaničnom diskursu ima sličan cilj – sačuvati raniju, preferiranu sliku o sebi. U tu svrhu se koristi niz strategija koji za cilj imaju diskvalifikovati i zvanični diskurs i njegove tvorce (ljekare, sudije, radne terapeute). Tako oboljeli zna da su priče potonjih pogrešne, brani se da ga hoće *smjestiti u isti koš* sa drugima zato što ga ne vole i konačno, konstatuje da je, ako (ili bolje kazano: pošto) niko ne može opovrći njegove argumente, on – u pravu!

Čini se da posebnu okosnicu otpora priči o sebi kao o defektnom (mentano bolesnom čovjeku koji se nalazi u društvu sličnih), čine raniji identiteti – oni doneseni sa slobode. Niti ovog ranijeg identiteta njeguje i naš treći sagovornik. U njegovom slučaju boravak u *Specijalnoj zatvorskoj bolnici* dobija poseban smisao – postaje lično prihvatljiv. Razlog tome možemo tražiti u iskustvima prethodnih hospitalizacija koje su mu omogućavale da se odvoji od roditelja i brata. Oni su ga naime htjeli „napraviti debilom“ – nametnuti defektni identitet, a način da se izbori za pravo na svoju priču o tome ko je, je stekao nastojeći da se pred kreatorima zvaničnog diskursa pokaže u drugačijem svijetlu. Razumijeli smo da je naš sagovornik poseban i lično poželjan status imao jedino bivajući hospitalizovan. Pomažući osoblju stekao je povlašćeno mjesto: da nadzire oboljele, zbog čega se od njih sigurno – razlikuje. Pitamo se nije li to jedan od razloga zbog kojih ovaj čovjek ne bi napustio specijalnu bolnicu? Dodajmo i to da se zvanični diskursi o ovoj trojici ljudi razlikuju. Prvi, koji pruža pasivni otpor je prepoznat kao osoba koja se isključila iz odnosa sa drugima kako ne bi bila povrijeđena, drugom je pripisana agresivnost, nesaradljivost, dok je treći viđen kao osoba od povjerenja – na koju se osoblje može osloniti.

Ukoliko se vratimo na naše pitanje sa početka – kako se formira identitet specijalnog pacijenta u instituciji totalnog tipa, mogli bismo kazati da je prije riječ o rekonstrukciji nego dekonstrukciji priče o tome ko su. Zapravo, čini se da sva tri naša sagovornika *izazivaju* zvanične istine ili diskurse o identitetu, bazirajući svoje strategije – mehanizme prilagođavanja životu u totalnoj ustanovi na fragmentima ranijeg identiteta. U kojoj mjeri i koliko dugo mogu zadržati svoje trenutne pozicije, ne možemo znati.

Na kraju, poštujući teorijsku paradigmu koja je učinila mogućim naš način razumijevanja diskursa o identitetu, ostaje da se ogradimo: nalazi ove analize ne mogu uopštiti – oni predstavljaju jedno od mogućih odgovora na pitanja postavljena u ovoj studiji.

## Literatura:

- Ber, V. 2001. *Socijalni konstrukcionizam*, Zepter Book World: Beograd.
- Conrad, P., Schneider, W. J. 1992. *Deviance and Medicalisation*, Temple University Press: Philadelphia.
- Drakić, D. 2014. *Krivično pravo i veštak psihijatar*, Izdavačka knjižarnica Zorana Stojanovića: Novi Sad.
- Fakhoury, W., Priebe, S. 2007. „Deinstitutionalisation and reinstitutionalisation, major changes in the provision of mental health“. *Psychiatry*, god. 6, br. 8: 313–317.

- Gofman, E. 2009. *Stigma*, Novi Sad: Mediterran Publishing.
- Gofman, E. 2011. *Azili*, Novi Sad: Mediterran Publishing.
- Ljubičić, M. 2013. *Sociopatološki profil i tretman lica smješetnih na liječenje i čuvanje u specijalnoj zatvorskoj bolnici*, Doktorska disertacija, Beograd: Filozofski fakultet Univerziteta u Beogradu.
- Ljubičić, M. 2014. „Svakodnevni život rezidenata Specijalne zatvorske bolnice u Beogradu“. *Crimen – časopis za krivične nauke*, god 5., br. 2: 196–21.
- Marinković, D. 2006. *Konstrukcija društvene realnosti u sociologiji*, Novi Sad: Prometej.
- Paterniti, A. D. 2000. „The Micropolitics of identity in adverse circumstance: A study of identity making in a total institution“, *Journal of contemporary ethnography*, god. 29, br. 1: 93–119.
- Payne, M. 2006. *Narrative Therapy*, London, Thousand Oaks, New Delhi, Singapore: Sage Publications Ltd.
- Porter, R. 2002. *Madness. A Brief History*, Oxford. New York: Oxford University Press.
- Priebe, S. 2003. „Reinstitutionalisation in mental health care“. *BMJ*, br. 326: 175–176.
- Quirk, A, Lelliott, P., Seale, C. 2006. „The permeable institution: an ethnographic study of three acute psychiatric wards in London“. *Soc Sci Med.* god. 63, br. 8: 2105–2117.
- Stojanović, Z. 2009. *Komentar krivičnog prava*. Beograd: Pravni fakultet Univerziteta u Beogradu.
- Stojanović, Z. 2014. „Mere bezbednosti psihijatrijskog lečenja – Prinudno psihijatrijsko lečenje kao krivična sankcija“, *Crimen – časopis za krivične nauke*, god 5., br. 2: 145–172.
- Trener, H. R. 1998. „Preuzimanje uloge: proces nasuprot konformiranju“, u: Spasić, I. (ur.). *Interpretativna sociologija*, Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, 45–62.
- Zola K. I. 1972. „Medicine as an institution of social control“. *The Sociological Review*, god. 20., br. 4: 487–504.