

ným projektom sa chcela Jodeletová vyhnúť nedostatkom obvyklých sociálno-psychologických prístupov. Jej kritickosť je namierená najmä voči metóde dotazníka a štruktúrovaného interview s uzavretými otázkami, ktorými si výskumník len potvrdzuje vlastné videnie problému a dopredu uzatvára možnosť dozvedieť sa niečo nového od samotných opýtaných. Kriticky reflektuje tiež predpoklad transparentnosti jazyka, oddelenie reči od jej produktívneho kontextu a od jej vzťahu k praxi. Aby sa týmto úskaliam vyhla, rozhodla sa študovať laické poznanie v kontexte každodenných činností, priamo v centre jeho genézy a pragmatiky. Súbežne sa rozhodla sledovať všetky fenomény, ktoré sú zahrnuté do procesu reprezentácie (komunikáciu, štruktúrne a inštitucionálne základy sociálnych vzťahov, kultúrne modely správania, inštitutárne a symbolické praktiky, ideologický systém). Jej pozornosť sa zamerala na komunitu ako celok, pričom pole svojej analýzy postihuje vo všetkých relevantných dimenziách. Takéto extenzívne a súčasne intenzívne vnorenie sa do prostredia jej umožnilo realizovať komplexný prieskum kolektívneho a individuálneho správania sa miestnej komunity voči psychiatrickým pacientom a dôkladne popísať stabilitu a variácie tohto správania v rozličných situáciách na verejných a v súkromných miestach (na ulici, pri miestnych ceremóniách a oslavách, v obchodoch, v kaviarni, v kostole, v súkromí rodín, v ich domácnostiach). Najprv sa však Jodeletová dôkladne zoznámila s históriou rodinnej kolónie a s jej dôsledkami pre rozvoj regiónu.

### 3.2 Vitajte v Bourbonnais!

V strede Francúzska, v kraji Bourbonnais, sa nachádza malé mestečko Ainay-le-Chateau s psychiatrickou nemocnicou, ktorá už sto rokov praktizuje umiestňovanie svojich pacientov do starostlivosti rodín tamojšej vidieckej komunity. Rodinná kolónia bola prvým formálnym pokusom realizovať v praxi ideu otvorených dverí a odstrániť všetky obmedzenia, ktorým sa museli dovtedy pacienti psychiatrických nemocníc bežne podriaďovať. Podľa predstáv jej zakladateľov mala kolónia realizovať z terapeutického pohľadu inovatívnu formu morálneho zaobchádzania, a to v spolupráci s „náhradnými rodičmi“, ktorí ich mali prijať do svojich domovov ako členov rodiny. Okrem toho sa očakávalo, že k terapeutickému efektu prispeje čerstvý vzduch a pokoj vidieckeho života, vzdialeného od hluku a uponáhľanosti veľkomesta. Tento zámer bol o to reálnejší, keď sa ukázali možnosti, ako pacientov zapojiť do hospodárskej činnosti miestnej komunity.

V súčasnosti žije v kolónii vyše tisíc pacientov, ktorí sú umiestnení v 500 miestnych rodinách. To znamená, že v priemere sa každá pestúnska rodina stará o dvoch psychiatrických pacientov. Do rodín sú umiestňované len niektoré prípady, najmä prípady mentálnej retardácie a chronické ochorenia. V čase Jodeletovej výskumu stredná retardácia reprezentovala

58 % prípadov, ľahká mentálna retardácia a chronická schizofrénia 22.5 % prípadov, chronické delírium 10 % a alkoholické psychózy 8 %. Do rodinnej starostlivosti je zverených minimálny počet epilepsií; pretože obyvatelia majú zo záchvatov strach. Takisto je v rodinnej opatere minimálny počet neuróz, depresí a istých foriem alkoholizmu.

Spolu s rodinnou kolóniou v Dun sur Auron<sup>7</sup> ide vo Francúzsku o ojedinelé inštitúcie. Ako vzor im slúžila rodinná kolónia Gheel v Belgicku, kde sa tradícia rodinnej starostlivosti o duševne chorých udržala od stredoveku. Sústreďovala sa okolo miestneho kostola, v ktorom boli uložené staré relikty, údajne pomáhajúce v liečení choromyselnosti. Neskôr bol náboženský charakter tejto praxe úspešne transformovaný do podoby, ktorá je v zhode s racionalitou súčasnej psychiatrickej praxe.

Hneď spočiatku sa ukázalo, že z hľadiska ekonomickej perspektívy je projekt pre región nesporným prínosom. Oživil sa trh a zastavil sa úbytok obyvateľstva<sup>8</sup>. Počas prvej svetovej vojny prítomnosť pacientov v rodinách dostala ďalší pragmatiký význam. Mužov, bojujúcich na fronte, v ich hospodárskych prácach zastúpili psychiatrickí pacienti. Zdalo sa, že padli posledné bariéry a miestna komunita prítomnosť duševne chorých plne akceptovala.

Pri rozhodovaní rodín, či prijmú do svojho domu pacienta, hrala dôležitú rolu ich finančná situácia<sup>9</sup>. Svedčí o tom to, že pestúnske služby ponúkli len tie najchudobnejšie rodiny. Po druhej svetovej vojne sa počet pacientov zdvojnásobil, a to vďaka šťastnej koincidencii: zavedeniu chemoterapie a ďalšej liberalizácii psychiatrickej starostlivosti. Starostlivosť o duševne chorých po finančnej, ako aj po administratívnej stránke bola zverená ženám.

Projekt rodinnej kolónie predpokladal, že pacienti sa stanú skutočnými členmi rodiny. Okrem spoločnej práce na poli a v domácnosti, počítalo sa s tým, že budú vo svojej rodine jesť a tráviť voľný čas. Taká bola skutočnosť v začiatkoch kolónie a trvala až do vypuknutia prvej svetovej vojny. Vtedy nedostatok potravín spôsobil, že matky začali variť pre podnájomníkov-pacientov zvlášť, a to jedlo nižšej kvality. Aby sa tieto rozdiely v kvalite stravy zakryli, prestali rodiny s pacientmi stolovať spoločne. Separátne stolovanie sa stalo novým úzom a naopak, spoločné stolovanie sa stalo deviáciou od normy<sup>10</sup>.

7) Kolónia v Ainay bola založená v roku 1900. Najprv slúžila pacientom oboch pohlaví, neskôr výhradne mužom. Pre ženy bola neskôr založená kolónia v Dun sur Auron.

8) Ekonomická prosperita ovplyvnila spôsob života a identitu celej komunity. Malí roľníci - remeselníci, ktorí by sa kvôli neustálemu úbytku obyvateľstva už neuzivilí, mohli zostať a ďalej praktizovať svoje remeslo a súčasne zveľaďovať svoje hospodárstvo.

9) Náhradní rodičia nezakryte hovorili o tom, aký majú z pacientov ekonomický prospech. Za jedného pacienta dostávajú 300 frankov mesačne.

10) V čase Jodeletovej výskumu jedlo s pacientmi pri spoločnom stole už len zopár rodín. Väčšina matiek svojim deťom zakazovala hrať sa s pacientmi, a to aj napriek tomu, že to robilo radosť obojstranným.

Jodeletová na základe vlastných návštev a výpovedí zdravotných sestier, ktoré pravidelne monitorujú výživu pacientov a spôsoby, akými s nimi pestúni zaobchádzajú, zistila, že na rozdiel od pôvodných predpokladov pacienti žijú síce pod jednou strechou, ale do rodiny v skutočnosti nie sú integrovaní. Varí a nakupuje sa pre nich zvlášť. Aj v obchodoch sa pýta predavač, či to je pre rodinu alebo pre podnájomníka a v závislosti od toho vyberá tovar príslušnej ceny a kvality. Pestúni vyhostili podnájomníkov zo svojho rodinného kruhu aj v čase oddychu. V záujme udržania pestúnskej praxe však vedenie nemocnice rozhodlo, že odchýlky od pôvodného programu bude akceptovať. Záujmy pestúnskych rodín sa tak postupom času stali dôležitejšími ako záujmy pacientov. Z rovnakých dôvodov sa vedenie nemocnice rozhodlo, že nebude do rodín umiestňovať zložitejšie prípady, ktoré by síce mali nárok tešiť sa zo znížených obmedzení, ale mohlo by to negatívne ovplyvniť pocit bezpečia domácej komunity. Táto politika bola úspešná v tom, že pomohla vytvoriť otvorenejší postoj voči duševne chorým, čím sa zlepšila kvalita ich prostredia.

Pestúnske rodiny si vďaka peniazom, ktoré dostávali od nemocnice za svoju starostlivosť o pacientov, mohli dovoliť k svojim domom pristavať izby so zvláštnym vchodom. Do nich potom presťahovali svojich pacientov. Aby zvýšili svoj finančný profit, začali brať do „rodiny“, teda vlastne do podnájmu, dvoch pacientov. Tým sa každodenný kontakt s pacientmi-podnájomníkmi minimalizoval a pôvodná myšlienka – umožniť psychiatrickým pacientom normálny život v rodine – sa neuskutočnila. Neadekvátnosť supervízie a starostlivosti, neochota poskytnúť pacientom niečo viac ako jedlo, pranie a kúrenie sa stali prekážkami toho, aby inštitúcia lepšie fungovala a aby sa viac priblížila k pôvodne zamýšľaným cieľom.

### 3.3 Vynáranie sa otázok

Keď si Jodeletová porovnala pôvodný zámer rodinnej kolónie a súčasnú prax, zaujala ju otázka, prečo medzi náhradnými rodičmi a pacientmi-podnájomníkmi existuje taký odstup a prečo táto prax distancie funguje približne rovnako vo všetkých pestúnskych rodinách. Prečo si pestúni nevytvorili k pacientom vzťahy podobne ako k vlastným deťom? Kolektívne zdieľaná prax jej však napovedala, že nemá zmysel komunitu obviňovať z jej nemorálnosti alebo hľadať odpoveď tam, kde ju hľadali predchádzajúce výskumy, teda v individuálnych rozdieloch v tolerancii voči odlišnosti duševne chorých.

Jodeletová pristúpila k explorácii problému tak, ako by to urobil etnograf. Zamerala pozornosť na nasledujúce otázky: *Čo vlastne pre miestnu komunitu znamená prítomnosť psychiatrických deviantov? Ak sme po stáročia segregovali duševne chorých, staneme sa v priebehu dvoch-troch generácií spoločnosťou, ktorá je schopná duševne chorých integrovať? Ak sa zrušia inštitucionálne hranice medzi bláznami a chorými, nevzniknú nové*

*hranice? Prekonajú politické dekréty symbolické bariéry tak ľahko, ako prekonali bariéry inštitucionálne? Ak sa verejnosť nespráva podľa predstáv liberálnych politikov, aké to má dôvody?*

Položené otázky ju viedli k tomu, že si začala pozorne všímať interakcie medzi jednotlivými skupinami obyvateľstva. Na jednej strane sú tu miestni obyvatelia, ľudia rozličných zamestnaní a na druhej strane sú tu *duševne chorí, blázni, trokli, choromyseľní* alebo *naši podnájomníci*, ako ich domáci ľudia nazývajú. Kategorizácia je zrejmá už na úrovni pomenovania. Ako je však odlišnosť skupiny reprezentovaná, čo tvorí jej obsah, pýta sa Jodeletová. Je možné na základe štúdia sociálnych reprezentácií duševne chorých lepšie pochopiť vzťah, ktorý si k nim zdravá populácia vytvorila?

Ako naznačujú položené otázky, Jodeletová predpokladala, že kľúč k pochopeniu vzťahov medzi hostiteľskou komunitou a psychiatrickými pacientmi nájde v tom, aké poznanie, aké významy spájajú ľudia s duševne chorými. Neupredpokladala však, že sa to dozvie priamou otázkou a k ich odhaleniu sa približovala špirálovitým pohybom.

### 3.4 Teoretická reflexia: argumenty v prospech teórie sociálnych reprezentácií

Obvyklé vysvetlenie v pojmoch psychologických črt, ako sú tolerancia a netolerancia, zabraňuje skutočnému porozumeniu toho, prečo sa ľudia správajú tak, ako sa správajú. Po prvé, implicitne nabáda k hodnotiacim súdom. Dobrý človek je tolerantný a zlý netolerantný. Po druhé, netýka sa podstaty problému, pretože odmietanie odlišnej skupiny nie je individuálnou reakciou, ale reakciou celých sociálnych skupín. Po tretie, nemožno hovoriť o odlišných skupinách in abstracto. Každá odlišnosť je videná v inej *negatívite*. Podľa Jodeletovej konštrukcia negativity je vždy špecifická, dokonca aj vtedy, keď sa domnievame, že procesy definovania iných majú všeobecnú platnosť a sú podporované invariantnými psychologickými a sociálnymi silami.

Ani štúdium postojov voči psychiatrickým chorobám nepovažuje Jodeletová za adekvátny prístup. Jej argumentácia poukazuje na fakt, že desiatky rokov štúdia postojov k duševne chorým neprinesli nové a presvedčivé poznanie, len zhromaždili množstvo dôkazov o tom, že verejnosť má predsudky, že je odmietavá, ba dokonca rezistentná voči kampaniam, ktorých cieľom bolo postoje zmeniť. Po druhé, vedcom sa doteraz nepodarilo preukázať ani to, že postoje ovplyvňujú správanie. Ako sa opakovala ukázalo, skutočné správanie je podstatne pozitívnejšie ako postoje<sup>11</sup>.

11) Napríklad LaPiere spolu s čínskym párom dostal ubytovanie v 250 z 251 navštívených hotelov, pričom 92% hotelierov predtým v dotazníku uviedlo, že by Číňanov neubytovalo (1934 podľa Aronsona et al., 1987).

Jodeletová takisto polemizuje s názorom, že verejnosť si sama so svojimi predsudkami poradí, ak sa zmení politika exklúzie a psychiatrickí pacienti sa stanú súčasťou každodenného života. Poukazuje na výskumy, ktoré tento predpoklad nepotvrdili. Napríklad, výskum, ktorý sa realizoval v USA, hovorí o tom, že kvalita informácií, poznatkov o duševných chorobách vzrástla a zlepšila sa aj presnosť hodnotenia symptómov, avšak obraz o duševne chorých zostal aj naďalej spätý s ideou nebezpečenstva. Namiesto očakávanej vyššej akceptácie, objavila sa tendencia vyhnuť sa kontaktu s duševne chorými.

Hoci psychiatrické inštitúcie boli veľmi dômyselne analyzované (pozri Goffman, 1961 a Foucault, 1971), poznanie, predstavy, viery a presvedčenia, emócie, s ktorými spája choromyseľnosť samotná verejnosť, zostali nepovšimnuté. Bez poznania sociálnych reprezentácií choromyseľnosti a choromyseľných, varuje Jodeletová, je však nezodpovedné zavádzať akékoľvek liberalizujúce a humanizujúce projekty do života. Liberalizácia psychiatrického systému a psychiatrickej terapie môže vyprovokovať nečakané sociálne odpovede a znovu aktivovať strach z odlišnosti a obranné reakcie ochraňujúce skupinovú integritu. To je tiež dôvod, pre ktorý sa Jodeletová rozhodla študovať, ako sa s duševne chorými zaobchádza, aké miesto sa im v spoločnosti prisúdilo a aj spôsob, akým je ich *inakosť* konštruovaná v komunite, ktorá zažila efekty liberalizačnej politiky v priamej, bezprostrednej skúsenosti.

V súčasnosti už niet pochyb o tom, že sociálne reprezentácie sú legitímnym a potrebným objektom vedeckého štúdia. Zásľuhu má na tom predovšetkým Jodeletovej výskum, ktorý presvedčivo ukázal, že počiatočná nedôvera voči štúdiu sociálnych reprezentácií bola neodôvodnená. Jodeletovej sa podarilo vyvrátiť predpoklad, že sociálne reprezentácie sú sekundárnym fenoménom, reflexiou sociálnych, ekonomických, ideologických a iných procesov. Takisto jednoznačne vyvrátila pochybnosti o tom, či vôbec existujú vhodné analytické nástroje, ktoré by umožnili dostať sa ďalej ako na úroveň deskripcie expresívnych obrazov kultúrnych postojov. Rozšírila tak poznanie o vplyve laického poznania, ktoré dokumentovali aj historické a etnografické výskumy ľudových praktík a poznatkov, týkajúcich sa choromyseľnosti. Jodeletovej práca, na rozdiel od predchádzajúcich, jednoznačne ukázala, akú dôležitú úlohu zohrávajú sociálne reprezentácie pri regulácii správania a komunikácie.

Z uvedených dôvodov nepovažuje Jodeletová reformy psychiatrickej starostlivosti len za záležitosť expertov a za otázku inovácie psychiatrických metód liečenia. Záležitosť totiž aj na verejnosti, ako odpovie na zmeny, ktoré nová psychiatrická prax priniesie do jej života. Prítomnosť psychiatrických pacientov v danej komunite môže vyvolať obavy a spoločenský konflikt vyvolaný strachom z kontaktu s deviantnou skupinou. Nakoniec sa to obráti proti samotným psychiatrickým pacientom, pretože spoločenské prostredie je pre ich osud rozhodujúci. Nemali by sme preto kvôli reformátorskému

nadšeniu zabúdať preskúmať, aké zásahy do spoločenského usporiadania prinášajú voľne a bez obmedzenia sa pohybujúci pacienti. Môže ísť aj o závažné zmeny, ktoré v danej komunite vyvolávajú pocit ohrozenia. Môže ísť o zmeny na hlbšej úrovni spoločenského života, o drámu, v ktorej sa odhalia fundamentálne a reálne vzťahy sociálneho systému. Veľa už toho bolo napísaného o duševne chorých, avšak bez toho, aby sa povedalo, ako tento problém vníma verejnosť. Jodeletovej výskum sociálnych reprezentácií duševnej choroby u zdravej populácie toto biele miesto zaplnil.

Sociálne reprezentácie – ako laické poznanie, ktoré sa utvára spontánne a oddelene od expertných vedomostí – nemôžu byť, podľa Jodeletovej, arbitrárne. Musia mať svoju sociálnu bázu, svoj praktický význam a vykazovať vlastnosti skutočného porozumenia. Musia vypovedať niečo o stave sveta a zmysluplne riadiť konanie ľudí.

Jodeletová pristupuje k sociálnym reprezentáciám ako k produktu, výrazu a inštrumentu skupiny v jej vzťahu k odlišnosti. Reprezentácie preto nie sú čisto racionálnym poznaním, ale zahŕňajú aj sociálny, symbolický a afektívny aspekt. Predpokladá, že reprezentácie sú kľúčom k pochopeniu psychologického a sociálneho fungovania, individuálnej a kolektívnej akcie, pretože vypovedajú o tom, ako je odlišnosť duševne chorých ponímaná. Výskum konkrétnej situácie kontaktov s mentálne chorými má zas odhaliť spôsob, ako sú tieto reprezentácie formované a ako fungujú. O reprezentáciách hovorí ako o forme spoločenského myslenia, ktorého genézu, vlastnosti a funkciu odhaľuje vo vzťahu k tým procesom, ktoré ovplyvňujú sociálny život a komunikáciu, ako aj k tým procesom, ktoré definujú identitu a špecifickosť sociálnych aktérov – jednotlivcov a skupín. V potvrdzovaní identity pramení energia, ktorá podporuje vzájomné vzťahy a naopak.

Jodeletová teda vidí vzťah zdravých a duševne chorých v jeho komplexných sociálno-psychologických a spoločenských súvislostiach, čomu zodpovedá multidisciplinárne metodické inštrumentárium, ktoré použila.

#### 4. Spoločenský kontext: rozmanité perspektívy

Jodeletová sa najprv zaujímala o históriu vzájomného prispôsobovania sa pacientov, pestúnskych rodín, ostatných obyvateľov regiónu a nemocničného personálu. Preštudovala rozmanité dokumenty, správy, týkajúce sa projektu rodinnej kolónie; zoznámila sa s pamätníkmi projektu, s miestnymi znalcami pomerov. Takýmto spôsobom rekonštruovala históriu procesu adaptácie na prítomnosť duševne chorých, ktorá, ako sa ukázalo, nebola vôbec jednoduchá. Pestúni boli spočiatku pesimistickí a nespokojní. Keď však hrozilo, že projekt presunú do iného regiónu, postavili sa ostro proti. Mobilizovali sa ako skupina a začali obhajovať skupinový záujem.

Najväčší problém však mali vidiečania s uchovaním si svojho odlišného, vyššieho sociálneho statusu. Z pohľadu nezasväteného vonkajšieho pozorovateľa sa totiž nijako nelíšili od pacientov<sup>12</sup>. Humorné historky o tom, ako nič netušiaci turisti, ktorí regiónom prechádzali, boli zhrození, keď reflektory ich auta osvietili pacienta-exhibicionistu na kraji cesty, sa stali súčasťou miestneho folklóru. Napriek tomu si domáci na stálu prítomnosť ich *trotlov*, ako im v miestnom dialekte hovoria, istým spôsobom zvykli, hoci tí, ktorí z ich prítomnosti nemali žiaden finančný profit, boli s ňou menej uzrozmenejší.

Druhou metódou, ktorú Jodeletová použila, bolo zbieranie svedectiev od tých, ktorí zaujímali kľúčové spoločenské pozície, pričom neboli priamo zainteresovaní do projektu (napr. špecialista na miestny folklór a históriu, úradníci, poslanci). Takto bolo možné identifikovať tie faktory, ktoré prispeli k celkovému prijatiu projektu, ako aj tie, ktoré viedli k jeho zmene. Objasnila sa tým aj psychologická práca, ktorú musela samotná komunita urobiť sama na sebe, aby prekonala strach z kontaktu s choromyselnými a aby sa naučila s nimi zaobchádzať. Nemenej dôležitá bola jej práca v zmysle odpútania sa od tradičných obrazov asociovaných s duševne chorými.

Tretou metódou bol dotazníkový prieskum reprezentatívneho súboru lekárov a zdravotníckeho personálu nemocnice. Jodeletová ocenila najmä informácie, ktoré jej poskytli zdravotné sestry, poverené supervíziou pestúnskej starostlivosti o pacientov. Sestry – nositeľky skupinovej pamäti a dlhoročných skúseností so spoložitím s pacientmi – vedeli najlepšie vysvetliť explicitné normy a ich určité dysfunkcie, pravidlá a zvyky, ktoré riadili život pacientov v pestúnskych rodinách.

Štvrtou metódou bol dotazník pre pestúnske rodiny a pacientov, sformulovaný až po ukončení prechádzajúcich dvoch fáz výskumu. Dotazník bol administrovaný prostredníctvom zdravotných sestier a získali sa ním informácie o ubytovaní, stravovaní a o ďalšej starostlivosti o pacientov.

Až piata metóda viedla ku kľúčovej otázke. Bolo to kvalitatívne interview s pestúnskymi rodičmi o tom, ako komunita vidí problematiku duševných chorôb a psychiatrických pacientov. Jodeletová realizovala interview v 63 zo 493 pestúnskych rodín (12,7 %), čo je viac ako odporúčaných 10 %. Vedenie interview bolo inšpirované metódou, ktorá sa používa pri etnografických štúdiách kultúrneho správania (pozri napr. Maget, 1962). Výskumník sa najprv pýta na opis špecifických prípadov, ktoré navodia ich reflektovanie na všeobecnejšej úrovni. Jodeletovej v tomto sme-

12) Pacienti sa v mestečku pohybujú v civilnom oblečení bez akýchkoľvek obmedzení, takže aj pre skúsené oko je ťažké rozoznať, či ide o pacienta alebo nie. Jodeletová uvádza historku z miestnej kaviarne, do ktorej zavítal nový lekár. Servírka ho odhadla ako nového pacienta a doniesla mu menej kvalitnú kávu, ako to robila aj v prípade iných pacientov. Keď si k domnelému pacientovi prisadol lekár z miestnej nemocnice, pochopila svoj omyl a vymenila nekvalitnú kávu za lepšiu – pre normálnych hostí. Aj toto je jedna zo skrytých foriem diskriminácie pacientov, ktorá by dobrému pozorovateľovi nemala uniknúť.

re pomohol register všetkých ubytovaných pacientov. Ukázalo sa, že čím väčší daný pacient zapadal do obrazu typického pacienta, tým zanechal hmlistejšie spomienky. Jodeletová sa pýtala na správanie jednotlivých ubytovaných pacientov, na ich praktické zručnosti a sociálne spôsobilosti. Pýtala sa tiež na symptómy, akými sa jednotlivé duševné choroby prejavovali a na príčiny duševných chorôb vo všeobecnosti. S interviewanými sa rozprávala aj o každodennom spoložití s duševne chorými. Zaujímala sa o dôvody rozšírených praktík a zvyklostí, ktoré identifikovala pomocou dotazníka. Tento komplex metód – kombinácia etnografického, sociologického, historického sledovania – spolu s intenzívnym štúdiom „vysvetľovacej práce interviewaných, Jodeletovej umožnil vyniesť na svetlo viaceré skryté reprezentácie, a tak v úplnosti odhaliť vzťahy komunity k mentálne chorým. Privedol ju tiež k zvláštnym praktikám manipulácie s vodou. Zistila, že ženy s takmer rituálnou obsesiou oddeľovali pitnú vodu pre svojich podnájomníkov od pitnej vody pre svoju rodinu. Prísna separácia sa týkala aj pohárov a ostatného riadu. Pacienti smeli piť vodu len z osobitých pohárov a jesť z osobitných tanierov, ktoré sa navyše umývali separátne od ostatného riadu. To isté sa týkalo prania bielizne a ostatných osobných vecí, s ktorými pacient prichádzal do kontaktu. Popísané zvyky boli kolektívne rozšírené, hoci boli v úplnom protiklade s mnohonásobným ubezpečením sestier, lekárov a propagačných materiálov, že duševné choroby nie sú prenosné, teda že sa pestúni nemusia obávať žiadnej nákazy. Hoci vidiečania tieto informácie brali na vedomie a sami hovorili o tom, že neexistuje žiadny mikróby, ktorými by sa mohla choromyselnosť šíriť, predsa naďalej praktizovali také zvyky, ktoré poukazujú na opačné presvedčenie o tom, že choromyselnosť sa preda len prenáša telesnými šťavami. Tento obsedantný strach z kontaktu s telesnými tekutinami pacientov vysvetľovali ich zvláštnym pachom, nečistotou niektorých z nich, strachom pred ich ešte nezistenou chorobou (napríklad TBC). Keďže Jodeletová najprv študovala zvyky a každodenné praktiky celej komunity v dlhodobej perspektíve, mohla jednoznačne povedať, že tieto praktiky neboli funkciou interindividuálnych rozdielov, prejavom individuálnej obsedantnej osobnosti, ale že išlo o kolektívne zdieľanú prax, ktorá mala ritualizovanú podobu.

Metodický postup skúmania začínajúci od externých až po tie najintímnejšie záležitosti pomohol strhnúť masku pokojného akoby normálneho života komunity. Pod ňou sa skrýval strach z nevyspytateľnosti pacientov, a najmä strach zo straty sociálneho statusu. Práve spoločné obavy vytvorili z pestúnov veľmi homogénnu komunitu. Jodeletová poznamenáva, že často mala dojem, akoby počúvala len jeden hlas vyslovovaný rozličnými ústami. Kontakt s choromyselným bol teda regulovaný reprezentáciami, ktoré boli späté s negatívnou symbolickou hodnotou kategórie psychiatrických pacientov. Strach z nepredvídateľného správania „bláznov“ sa stal súčasťou života komunity. Matky mali obavy z toho, že prítomnosť duševne chorých nepriaznivo ovplyvní vývoj ich detí a tiež z toho, že sa



stanú objektom sexuálneho zneužitia. O svojich úzkostiach nehovorili spontánne, ale až vtedy, keď sa ich Jodeletová spýtala na vysvetlenie istých praktík. Súčasne sa jej podarilo odhaliť aj viaceré nepriame indikátory anxiety. Zistila, napríklad, že väčšina matiek (štyri pätiny) sa pravidelne radí s psychiatrom miestnej nemocnice o otázke duševného zdravia svojich detí.

#### 4.1 Ohrozená identita?

Keď sa Jodeletová pýtala pestúnov, ako si zvykli na prítomnosť psychiatrických pacientov, mnohí odpovedali ironicky, ako keby sa ich pýtala na nejaký triviálny fakt. Jednoducho si zvykli. Je to jednoducho tak. Zvykli si aj na to, že sa nad tým väčšina ľudí zvonku pozastavuje<sup>13</sup>.

Jodeletová však nezostáva len pri zaznamenaní typickej výpovede, ale pátra po tom, v akom zmysle sa stala prítomnosť psychiatrických pacientov zvykom<sup>14</sup>. Sila známosti a prijímania akoby splývala so samotným faktom opakovaného videnia. Podľa Jodeletovej z kolektívne opakovanej skúsenosti sa stáva zvyk len vtedy, ak je transformácia skúsenosti spoločne zdieľaná a sociálne kódovaná. Vďaka zvyku ľudia choromyselných registrujú a pridelujú týmto vnemom nižšiu významnosť. Jednoducho si ich nevšimajú. Život je tak pre nich jednoduchší<sup>15</sup>. Habituácia redukuje tenziu, uľahčuje činnosť, a teda má adaptívnu funkciu. Jej základom je odfiltrovanie nenormálnosti, percepčná represia a nevnímanie znepokojujúcich charakteristík a dôsledkov. Svoju zníženú vnímavosť si už miestni obyvatelia neuvedomujú. Tvorí obvyklý fakt komunitného vedomia (porovnaj Berger a Luckmann, 1966). Psychologický efekt habituácie využíva aj pozorovateľ pri participatívnom pozorovaní.

Na individuálnej úrovni je proces zvykania si kognitívnu a emocionálnou integráciu nového, neznámeho do vlastného referenčného rámca, do vlastného poľa hodnotenia, pričom rámec a pole sú sociálne predštrukturované<sup>16</sup>. O tomto procese integrácie, ktorý Moscovici nazval procesom ukotvovania, sme už hovorili v súvislosti so šírením psychoanalýzy.

Habituácia súvisí so zníženou citlivosťou pestúnov voči emocionálnym a sociálnym potrebám pacientov, s ich deindividualizáciou. Pestúni odsúvajú uvedomenie si ich ľudskej prítomnosti aj vtedy, keď o nich hovoria a používajú preto pomenovanie *naši podnájomníci* alebo *naši trotli*. Radi

13) Keď k nim príde niekto neznalý miestnych pomerov na krátku návštevu, tak sa o prítomnosti psychiatrických pacientov ani nezmieta. Vyhnú sa tak komplikovanému a zbytočnému vysvetľovaniu.

14) Zvykom ľudia označujú opakovanú skúsenosť, resp. jej transformáciu. Je to proces, ktorý robí vo všetkého, aj z toho, čo je na prvý pohľad veľmi čudné, niečo známe a samozrejmé.

15) Jodeletová v tejto súvislosti vyslovuje zaujímavú hypotézu, že metóda redukcie pozornosti sa v istom zmysle podobá na základný mechanizmus potlačenia, s ktorým pracuje psychoanalýza.

16) Moscovici (1976, 1981) poukázal na to, že sociálne reprezenácie transformujú nové informácie tak, aby boli v súlade s predchádzajúcimi sociálne konštruovanými modelmi.

tiež zdôrazňujú finančný prospech, ktorí z nich majú a svoje schopnosti dosiahnuť to, aby sa pacienti správali podľa ich predstáv slušného podnájomníka a užitočného pomocníka.

Jodeletová postupne odokryla celý systém zákazov a pravidiel, ktoré miestna komunita v priebehu spolužitia s duševne chorými vytvorila, aby efektívne regulovala správanie pacientov na verejnosti, ako aj v domácnosti. Napríklad v kine môžu sedieť ich *trotli* len v jednom rohu, kým v kostoľe si môžu sadnúť, kde chcú. Aj priestor v domácnosti je jasne rozdelený na rodinnú zónu a zónu podnájomníkov. Prirodzene, že ten, kto tieto pravidlá určuje, je miestna komunita a ten, kto ich musí rešpektovať, je podriadený pacient. Skupinový symbol prestíže zostáva v rukách pestúnov a symbol stigmy je naďalej spätý s duševne chorými.

#### 4.2 Spoločenská pozícia psychiatrických pacientov

Podľa Jodeletovej pozorovania, vidiečania, napriek tomu, že explicitne hovoria, že pacienti sú takí istí ľudia ako oni sami, sa k nim ako k rovnocenným nesprávajú. Naopak, celý spôsob, akým manažujú svoj vzťah s nimi, ich udržuje v spoločensky nerovnoprávnom postavení. Predovšetkým k nim pristupujú ako k objektom s istou úžitkovou hodnotou. Iste k tomu prispieva aj spôsob, akým je pacient do rodinnej kolónie uvedený. S novým pacientom prichádza nemocničná sestra a ponúka ho po domoch ako podomová obchodníčka. Ponuka a dopyt sa riadi logikou trhu, teda podľa odhadovanej úžitkovej hodnoty ponúkaného tovaru. Pacient sa stáva od prvých momentov svojho pobytu v rodinnej kolónii objektom obchodných transakcií. Jeho hodnota zahŕňa jednak cenu práce a služieb, ktoré môže vykonávať a jednak jeho pozitívne vlastnosti v zmysle submisívnosti a spokojnosti. Podľa sumárneho výpočtu je dobrým podnájomníkom ten, ktorý na jednej strane vykoná veľa užitočnej práce a na druhej strane nič nepožaduje späť, na nič sa neponosuje a je so všetkým spokojný. Podnájomník má byť tichý, pokojný, submisívny hosť a užitočný pomocník súčasne. Ak tieto vlastnosti nemá, nie je v kolónii akceptovaný. Takýmto spôsobom sa rodinná kolónia mení na zamestnávateľský úrad. Pacienti si dobre uvedomujú, že sú vykorisťovaní. Za svoju prácu nedostávajú buď žiadnu, alebo značne nižšiu mzdu ako bežne najímaní robotníci. „Keby sme tu neboli“, namietajú, „museli by si najať robotníkov a platiť im a odvádzať dane. Sme tu považovaní za služob domácností“. Keď podnájomník nevyhovuje, pošle ho rodina preč. V dôsledku toho je cirkulácia pacientov značne vysoká. Priemerná dĺžka pobytu pacienta v jednej rodine sa pohybuje od jedného do troch rokov. Jodeletová uvádza, že 61 % domácností malo podnájomníka menej ako jeden mesiac, pričom 43 % odchodov bolo zdôvodnených nekompatibilitou pestúnov a podnájomníka a 25 % praktickými dôvodmi.

Jodeletová uzatvára svoje dlhodobé pozorovanie konštatovaním, že hoci podľa pôvodných cieľov projektu sa mali pacienti stať plnoprávnymi členmi rodiny a mali mať prospech z rodinnej starostlivosti a slobodného pohybu, realita je iná. Všetko, čo v skutočnosti môžu robiť, je jesť a piť, vyplňať príkazy pestúnov a v čase voľna sa poprechádzať po okolí. To je všetko. V rodinnej kolónii chýba zákonná a psychologická ochrana pacientov. Miestni obyvatelia nemajú žiadne právne prekážky, ktoré by im bránili zneužívať postavenie pacientov. Ako sa ukázalo, komunita pestúnov aktívne spolupracuje na tom, aby ich v takomto nesvojprávnom postavení udržala. Smerujú k tomu všetky vzájomné rady, aké praktiky sú účinné, ako s pacientmi zaobchádzať, ako ich prinútiť k tomu, aby robili to, čo sa im prikáže.

### 4.3 Zvládavanie bez poznatkov?

Kým pestúni bez akýchkoľvek zábran hovorili o úžitkovej hodnote svojich podnájomníkov, o ich psychiatrickej diagnóze sa vyjadrovali veľmi neochotne. Pri otázke, aké sú vlastne ich psychické problémy, upadli do rozpakov, stíchli a prejavovali viaceré telesné príznaky psychickej nepohody. Tvárili sa, ako keby o psychiatrických ochoreniach nič nevedeli. Lepšie je, keď sa človek tomu príliš nepokúša rozumieť, odpovedali mnohí z nich, aby sa vyhlí rozhovoru na uvedenú tému. Pestúni sa o chorobe nerozprávajú ani so svojimi podnájomníkmi, pretože sa domnievajú, že by im to bolo nepríjemné. Napriek tomu sa Jodeletovej podarilo postupne preniknúť do bohatého systému poznania duševných chorôb a psychiatrických pacientov, ktorým komunita disponuje.

### 4.4 Laické teórie o „bláznoch“ a ich chorobách

Miestna komunita, konfrontovaná s potrebou každodenného zvládania spolužitia s pacientmi, si z množstva každodenných bezprostredných skúseností vytvorila také praktické poznanie, ktoré slúži ako návod na účinné konanie. Mnohé z praktických poznatkov komunity protirečia súčasnému vedeckému poznaniu<sup>17</sup>. Určité aspekty reprezentácií sú explicitne mediované v reči, kým iné sú ukryté v rozličných praktikách v neverbalizovanej podobe. Jodeletová predpokladá, že práve vzájomná komunikácia o tom, ako manažovať život s pacientmi, pomáhala pestúnom prekonávať strach a ťažkosti, nájsť riešenie rozličných problémov, zaviesť pravidlá a normy.

Jednotlivé komponenty reprezentácií, ktoré nachádza Jodeletová v

17) Keď však miestni ľudia hovoria o nejakom konkrétnom pacientovi, sledujú presne tú istú logiku ako zdravotnícke inštitúcie: identifikujú a diagnostikujú daný prípad, potom ho interpretujú, vysvetľujú a hodnotia.

lingvistických a emocionálnych výrazoch, v gestách, sa prenášajú z generácie na generáciu. Pozorovala, že mladšie pestúny používajú tie isté slová, gestá, dokonca ten istý riad ako ich matky, bez akejkoľvek potreby overovať si ich zmysel. Gestá, zvyky sa uchovávali v pamäti skupiny, vyjadrujú v neverbálnej podobe poznatky, ktoré viac netreba verbalizovať. Tvoria základné kamienky reprezentácií, z ktorých každý môže vyvodiť implikácie a generovať ich reprezentačný význam a obsah. Spolu s termínmi, ktoré sa používajú pri vyslovovaní úsudku o pacientovi, tvoria pokladnicu kolektívnej pamäti. Každý z nej čerpá podľa situácie, s ktorou je konfrontovaný, rátať do toho aj interview, v ktorom musia formulovať to, čo vytiesnili zo svojej mysle. Jodeletová postrehla, že nie všetko, čo patrí k populárnej psychológii komunity, tvorí obsah klinického obrazu pacienta. V opise duševne chorých chýbajú emócie, vôľa a sexualita, teda tie črty, ktoré sú v každodenných interakciách medzi pacientmi a pestúnkami zakázané a ktorých sa skupina obáva.

Vidiečania pri rozlišovaní pacientov a predvídaní ich správania spravidla uvažujú o kombinácii endogénnych a exogénnych faktorov, pričom rozlišujú zónu poškodenia (mozog alebo nervy) a okolnosti poškodenia (pri pôrode, počas detstva, alebo v dôsledku nehody). Choroby rozlišujú podľa toho, či ide o manifestáciu organickej, sociálnej alebo morálnej poruchy. Vek ochorenia slúži ako indikátor, ktorý pomáha lokalizovať poškodenie, určiť jeho konštitučnú podstatu a umožňuje urobiť si úsudok o možnosti socializácie a jej obmedzeniach. Kým mozgové záležitosti považujú vidiečania za „nevinné“ duševné choroby, nervové záležitosti sú vzhľadom na ich vzťah k telu „hriešne“ choroby. „Nevinné“ choroby sú napríklad tie, ktoré spôsobí poškodenie mozgu pri narodení, a „hriešne“ ochorenia sú tie, ktoré poškodzujú telo a nervy počas života (alkoholická psychóza). Ak sa dieťa dostalo do psychiatrickej starostlivosti ešte pred školou, považujú to za zlyhanie rodičov. Ak sa dostalo na psychiatriu počas školskej dochádzky, berú to ako indikátor jeho delikventného správania. Za patogénne považuje komunita všetky podmienky života, ktoré sa líšia od vidieckeho spôsobu života: mesto, hluk, rýchlosť, komfort, peniaze a rozpad rodiny. K príčinám duševnej choroby zaraďujú aj činnosti a formy existencie, ktoré sú rurálnej kultúre cudzie, ako je napríklad štúdium a intelektuálne profesie. Miestna komunita sa domnieva, že nedostatok mravnej prístnosti v kombinácii s prílišnou sebaochranou spôsobuje zoslabnutie vnútorných síl. Práve vo vnútornej morálnej sile nachádza človek, podľa ich vysvetlenia, najlepšiu ochranu voči patologickým rizikám. Keďže predvídanie pacientovej prispôsobivosti zahŕňa celý repertoár úsudkov, neprekvapuje, že laické myslenie má synkretický charakter.

Jodeletová uzatvára, že opozícia medzi mozgom a nervami tvorí významnú, štrukturalizujúcu schému a funguje ako zdroj deskripcie, posudzovania, vysvetľovania, hodnotenia. V jazyku komunity sú mozog a ner-

vy konkrétne termíny späté s figuratívnymi obrazmi orgánov<sup>18</sup>. Duševná choroba sa v týchto orgánoch konkretizuje, stáva sa niečím reálnym a hmatateľným. Tiky, - to sú nervy, poruchy pamäti - to je mozog. Táto štruktúrna schéma nie je latentná, ale generatívna. Možno ju nájsť v každom opise bláznov, či už ide o ich katalóg ochorení, o opis ich ťažkostí alebo o opis vhodného zaobchádzania s pacientom. Keď pestúni hovoria o mozgu a nervoch, vysvetľuje Jodeletová, nejde o neutrálne nevinné koncepty. Vždy ide o reálne objekty, ktoré čosi symbolizujú: vektory dobra a zla, inhibíciu a excitáciu, sociálne a prírodné.

#### 4.5 Signifikačné a inštitutárne praktiky<sup>19</sup>

Jodeletová odlišuje kolektívne praktiky zamerané na manažovanie pacientov, pre ktoré zavádza názov *inštitutárne praktiky*, od kolektívnej obsesie znemožňujúcej akýkoľvek kontakt s telesnými sekretmi choromyseľných - *signifikačné praktiky* -, a to z nasledujúcich dôvodov. Kým prvé praktiky majú za cieľ ustanoviť explicitný poriadok, ako zaobchádzať s nájomníkmi, druhé majú symbolický význam. Inštitutárne praktiky majú podobu explicitnej formulácie pravidiel a zákazov a situačných znakov, kým signifikačné praktiky sú zamerané na manipuláciu s reálnymi predmetmi. Kým inštitutárne praktiky sa ustanovili jasne a vedome a sú zverejňované, aby si ich uvedomovali aj tí, ktorých sa týkajú a aby sociálna separácia bola efektívna, signifikačné praktiky sú udržiavané v tajnosti, schované pred zrakmi nepovolaných a takmer nikdy nemajú priamy vplyv na manažovanie styku s tými, ktorí nie sú členmi komunity. Ide o symboly, ktoré slúžia ako pripomienky a varovania. Pripomínajú nevyhnutnosť radikálne separovať choromyseľných od členov komunity. Domáce rituály, gestá, akty ticha udržiavajú tieto reprezentácie pri živote. Materializované myslenie zostáva operatívne dokonca aj vtedy, keď sa zdá, že už vymizlo.

V komunite platí okrem zákazu sexuálneho vzťahu a manželstva aj zákaz emocionálneho vzťahu s choromyseľnými. Zmyslom zákazov, ktoré regulujú vzťah pestúny k choromyseľnému, je udržať vyššiu spoločenskú pozíciu pestúnskych rodín.

Keď si Jodeletová uvedení interpretáciu overovala, zistila, že v minulosti bolo zaznamenaných niekoľko prípadov, keď pestúnka mala so svojím podnájomníkom pomer. Tieto prípady boli utajované a odsudzované súčasne, takže devianti trpeli ako nečistí cudzinci. Avšak najťažším trestom - exkomunikáciou - trestala komunita uzavretie manželstva. Ak takýto prípad nastal, musel manželský pár bez odkladu komunitu opustiť. Jodeletová vysvetľuje logiku sankcií tým, že až prostredníctvom manžel-

18) Figuratívne obrazy, charakteristické pre reprezentatívne myslenie, nie sú ani vnemom, ani pojmom, ale niečím uprostred.

19) Obe sú komunitou zavedené pravidlá, ktoré riadia správanie jej členov vo vzťahu k pacientom.

stva sa stáva z choromyseľného plnoprávny člen komunity. A práve zrovnoprávnenie choromyseľných považovala komunita pestúnov z hľadiska udržania svojho postavenia v širšej miestnej komunite za najväčšie ohrozenie<sup>20</sup>.

Obdobnú prax vylúčenia manželských zväzkov praktizuje širšia miestna komunita voči komunite pestúnov. Ako ukázali štatistiky, manželstvá medzi tými, ktorých rodičia boli a sú pestúnmi, a tými, ktorí pestúnmi neboli a nie sú, takmer neexistujú. To znamená, že chlapec, ktorý vyrastal s duševne chorými, si môže nájsť manželku len z rodín pestúnov. Pestúnske rodiny tvoria nechtiac akúsi subkultúru, ktorá je vylúčená z pokrvných zväzkov so širšou komunitou. To samo osebe vyvoláva obrannú reakciu, ktorá sa prejavuje v tom, že pestúni zdôrazňujú svoju nadradenosť.

Pozorovanie rodinnej kolónie obnažilo zložitost' sociálneho spolužitia s psychiatrickými pacientmi a ukázalo v ostrom svetle odvrátenú tvár liberálnej psychiatrickej politiky. Poukázalo na silu reprezentácií v každodennej praxi, na ich súvislosť so sociálnymi procesmi hierarchizácie, seba potvrdzovania a separácie. Kruciálna hodnota popísaných praktík separácie, ktoré vyžadujú od členov komunity značné úsilie navyše, spočíva v potvrdzovaní a udržiavaní diskriminačnej hierarchie, a to tak v jednotlivých domácnostiach, ako aj v spoločenskom živote. Všetky uvedené prostriedky slúžia na to, aby duševne chorí zostali na najnižšom rebríčku sociálnej hierarchie, aby sa redukoval potenciál pre zmenu situácie.

Etnografické pozorovanie presvedčivo dokumentovalo, že snaha vyhnúť sa splynutiu s choromyseľnými mobilizuje fenomény vysoko emotívnej povahy, ktoré slúžia spolu s reprezentáciami na obranu vlastnej identity. Mobilizovaná komunita sa vyznačuje kolektívnou militantnosťou a značnou súdržnosťou. Každý jednotlivec myslí a koná ako reprezentant a ochranca svojej skupiny. Aktívna identifikácia je mobilizovaná túžbou zachovať komunitu, v ktorej sú korene ich identity. To má, samozrejme, výrazný vplyv na individuálnu psychiku.

Okrem vyššie uvedeného, Jodeletová dokladá hypotézu defenzívneho fungovania pestúnskej komunity ďalšími znakmi jej sociálneho života, ako je 1. prísnosť zvykov a strohosť správania sa voči všetkým podnájomníkom, bez ohľadu na ich individuálne zvláštnosti, 2. zvýšená citlivosť voči nesúhlasu a hodnoteniu externého pozorovateľa, 3. pocity viny za to, že sa voči svojim podnájomníkom správajú macošsky.

Pozorovanie odhalilo vnútorný konflikt, ktorý súvisí s defenzívnym fungovaním komunity a s jej obsedantnou mentalitou. Tento konflikt medzi materiálnym záujmom a strachom vytvára škrytú scénu života komunity a riadi jej konanie. Prospech a strach nastoľujú pravidlá a požiadavky. Komunita chce prežiť tak ekonomicky, ako aj spoločensky. To znamená „nevidieť“ choromyseľných a báť sa ich súčasne. Tento konflikt je

20) Aj sestričky v nemocnici odmietajú stolovať s pacientmi za tým istým stolom. Zdôvodňujú to obavou, že stratia svoju autoritu.

stály a preniká do všetkých aspektov života komunity. Zotročená ekonomickými potrebami, musí komunita s týmto strachom žiť. Strach je polymorfny a utajovaný, ťažko identifikovateľný. Strach je to, čo zakladá pozorovanú podobu lokálnej patológie.

Jodeletová konštatuje, že čím dlhšie skúmala jemné interakcie medzi jednotlivcom a kultúrou, tým ťažšie bolo pre ňu rozlišovať medzi spoločnosťou ako kultúrnou entitou a psychologickými entitami jednotlivých ľudí. Z toho dôvodu nesúhlasí s takými koncepciami psychológie, ktoré sú založené na opozícii medzi jednotlivcom a spoločnosťou. Užitočnejšie by bolo, podľa jej názoru, presnejšie formulovať tie myšlienky, ktoré by tvorili protiváhu antropologickému kultúrnemu modelu.

## 5. Etnografické a iné druhy pozorovania

Ako ukázal Jodeletovej výskum, etnografické pozorovanie je metódou, ktorá prináša široké a súčasne hlboké poznanie ľudí ako sociálnych bytostí. Poskytuje vhlad do spôsobu ich myslenia a cítenia, ozrejmjuje zmysel ich činností tak praktickej, ako aj symbolickej. V skutočnosti, ako nám to predviedla Jodeletová, nie je čistým pozorovaním, ale zahŕňa aj získavanie údajov z iných zdrojov. Navyše, pozorovateľ je aj aktívnym účastníkom každodenného života, takže sociálny život pozorovanej komunity opisuje nielen z pozície vonkajšieho pozorovateľa, ale aj z pozície člena skupiny.

Podľa Taylorovej (1994), etnografické štúdie možno od iných typov výskumov rozoznať podľa toho, že pracujú s údajmi z rozličných zdrojov (pozorovanie, rozhovory, konverzácia, dokumenty), že ľudské aktivity študujú v každodennom kontexte, že téma (presný cieľ pozorovania) výskumu sa spresňuje až v priebehu výskumu, ktorý má v počiatočných fázach neštruktúrovaný charakter. Etnografické štúdie sú takisto obvykle doplnené hlbokými individuálnymi štúdiami. Nie všetky neštruktúrované pozorovania, hoci realizované v teréne, možno považovať za etnografické. Etnografické sa od ostatných terénnych výskumov odlišujú tým, že berú do úvahy nielen samotný pozorovaný jav, ale aj jeho kontext. Etnografické štúdie sa odlišujú od iných terénnych výskumov tiež prístupom k otázke zovšeobecňovania. Tie štúdie, ktoré abstrahujú od kontextu, v ktorom boli pozorovania uskutočnené, a zameriavajú sa len na analýzu samotných dát, sa nazývajú dekontextualizované alebo formálne štúdie. Tento prístup je charakteristický pre Austinovu pragmatiku a pre analýzu každodenného jazyka založenú na konverzačnej analýze. Je takisto charakteristický pre nomotetický prístup, ktorému ide o overovanie súvislostí medzi faktami a o formulovanie univerzálnych zákonov. Na rozdiel od uvedených smerov, etnografii ide o postihnutie a vysvetlenie konkrétnej študovanej spoločenskej reality, a nie o postulovanie formálnych všeobecných zákonov (Baszanger a Dodier, 1997).

Metóda etnografického pozorovania vznikla, ako jej názov naznačuje, v antropológii pri štúdiu exotických kultúr. Spočiatku antropológovia len systematicky analyzovali artefakty a svedectvá, ktoré priniesli z exotických krajín amatéri, misionári, koloniálni úradníci, obchodníci a cestovatelia. Skorô si však uvedomili, že tieto zdroje sú nedostačujúce a treba mať dáta z prvej ruky, z priameho pozorovania. Na primitívne kultúry sa v tých časoch pozeralo z perspektívy evolučnej teórie ako na prírodné laboratórium, ktoré umožňuje spoznávať dávno prekonané formy kultúry in vivo<sup>21</sup>. Na americkej strane bol priekopníkom etnografického pozorovania v teréne Boas<sup>22</sup> (1966), ktorý študoval kultúry Indiánov v Severnej Amerike, Mexiku a Puerto Rico a na britskej strane to bol Bronislaw Malinowski<sup>23</sup> (Young, 1979, Malinowski, 1967), vedec poľského pôvodu, ktorý realizoval etnografické pozorovanie austrálskych kmeňov v Novej Guinei (Mailu, Trobriandské ostrovy), Hopi v Arizone, Bemba a Chagga vo východnej Afrike a Azoitec v Mexiku. Oboja stanovili rovnaké základné štandardné podmienky produktívneho pozorovania: dlhodobý pobyt medzi domorodcami, nadviazanie úzkych vzťahov a zvládnutie ich jazyka, aby komunikácia s nimi nemusela byť sprostredkovaná tlmočníkom.

Malinowskeho stratégia zbierania dát bola veľmi komplexná, výsledkom ktorej boli tri druhy záznamov. Do prvého typu si zaznamenával štatistické evidencie konkrétnych faktov. Sem zaradňoval mapy, náčrtky usadlostí, príbytkov, dokumentáciu zo sčítania ľudí a genealógie. Cieľom bolo skonštruovať synoptický graf, ktorý by sumarizoval celý rozsah zvykoveho správania spätého s lokálnou inštitúciou. Inými slovami povedané, išlo o náčrt organizácie kmeňa a anatómiu jeho kultúry. Druhý typ dokumentov sa týkal etnografie každodenného života, ktorým bolo treba venovať

21) Vďaka etnografickým štúdiám, ktoré dokumentovali obrovskú variabilitu kultúrnych foriem života, sa ukázalo, že dovtedajšie predstavy o jednotnom a lineárnom vývine ľudstva boli zjednodušené.

22) Boas venoval štúdiu Indiánov – Kwakiutl – 40 rokov. Prvú cestu do Bella Bella Borthern Kwakiutl podnikol v roku 1885. K jeho najznámejším prácam patria: *The Social Organization and Secret Societies of the Kwakiutl Indians* (1897), *Kwakiutl Grammar* (1947), *Kwakiutl Texts* (1905), *The Kwakiutl of Vancouver Islands* (1909), *Ethnology of the Kwakiutl* (1921), *The social Organization of the Kwakiutl* (1920), *Contribution of the Ethnology of the Kwakiutl* (1925) a *The Religion of the Kwakiutl* (1930). Ako hovoria názvy monografií, Boas študoval predovšetkým sociálnu organizáciu, gramatiku a etnológiu (rozprávanie, piesne, náboženstvo, mýty). Najprv však musel štandardizovať používanie abecedy, pretože samotní Kwakiutli písomný jazyk nepoužívali. Pri zapisovaní indiánskych piesní a rozprávání mu pomáhal jeho žiak George Hunt – príslušník kmeňa Kwakiutl.

23) Malinowskeho práce o Trobriandskej spoločnosti, jazyku a kultúre patria medzi najslávnejšie príklady etnografie v antropologickej literatúre. V *Argonauts of the Western Pacific* (1922) píše o ceremoniálnej výmene, nazvanej Kula, v *The Sexual Life of Savages* (1929) sa zaoberá trobriandským spôsobom dvorenia, manželstva a domáceho života, v *Coral Gardens and their Magic* (1935) píše o hortikultúre, jazyku mágie a záhradníctve. Dve krátke monografie *Baloma; the Spirit of the Dead in the Trobriand Islands* (1916) a *Crime and Custom in Savage Society* (1926) sa týkajú magicko-náboženských presvedčení, na ktorých spočíva špeciálna kontrola v trobriandskej spoločnosti. Kniha *Sex and Repression in Savage Society* (1927) sa zaoberá opäť témou trobriandských rodinných vzťahov s cieľom modifikovať Freudovu teóriu. Kultúra Trobrianderov bola zaujímavá vo viacerých smeroch. Širokú verejnosť zaujal najmä fakt ignorancie fyziologického otcovstva a voľná láska.