

David L. Rosenhan

Zdravi v bolnem okolju¹

On Being Sane in Insane Places

Kako prepoznati duševno zdravje in bolezen? Vprašanje ni niti nesmiselno niti noro. Ne glede na to, koliko smo prepričani, da lahko razlikujemo normalno od nenormalnega, očitnih dokazov za to ni. Pogosto lahko npr. beremo o sojenjih morilcem, v katerih glede tega, ali je obtoženi duševno bolan ali ne, znani psihiatri, ki zastopajo obrambo, prihajajo v navzkrižje z uglednimi psihiatri, ki so na strani tožilstva. Na splošno obstaja veliko nasprotujočih si podatkov o takih konceptih, kot so duševno zdravje, duševna bolezen in shizofrenija (3, 5, 9, 25, 26, 33, 39, 41). Že leta 1934 je Benedict (8) pokazala, da normalnost in nenormalnost nista univerzalni. Kar je normalno v eni kulturi, je lahko v drugi popolnoma nenormalno. Torej razlikovanje med normalnostjo in nenormalnostjo ni tako natančno, kot si ljudje mislijo.

Vprašati se o normalnosti in nenormalnosti ne pomeni postaviti pod vprašaj dejstva, da so nekatera vedenja odklonska in čudna. Tako sta npr. odklonska umor pa tudi halucinacije. Postavljanje takega vprašanja prav tako ne zanika, da je z "duševno boleznijo" pogosto povezana osebna stiska. Strah in depresija obstajata. Obstaja tudi duševno trpljenje. Toda normalnost in nenormalnost, duševno zdravje in duševne bolezni ter diagnoze, ki izhajajo iz njih, so morda manj pomembne, kot so prepričani mnogi.

Ali se zdravo lahko razlikuje od bolnega (in ali se lahko med seboj razlikujejo različne stopnje duševne bolezni), je v bistvu preprosto vprašanje: ali so pozornost vzbujajoče značilnosti, ki vodijo do diagnoze, prisotne v samih pacientih ali pa v okolju in kontekstih, v katerih jih odkrijejo opazovalci? Od Bleulerja prek Kretschmerja do pred kratkim popravljenega diagnostičnega sistema Ameriškega psihiatričnega združenja DSM (Diagnostic and Statistical Manual) je prisotno prepričanje, da pacienti kažejo simptome in da se le-te lahko kategorizira, kar posredno pomeni, da je možno zdravo razlikovati od duševno bolnega. V zadnjem

¹ Prevod članka Davida L. Rosenhana z naslovom »On Being Sane in Insane Places« iz knjige Watzlawick, P. (ur.) (1980). *The Invented Reality - How Do We Know What Believe We Know*. New York: Norton Company. Je rahlo razširjena verzija članka z enakim naslovom, ki je bil najprej objavljen leta 1973 v reviji *Science* 179, 19th of January, str. 250-258. Slovenski prevod Mirana Možine je bil prvič objavljen v Rosenhan, D. L. (1991). Zdravi v bolnem okolju. *Časopis za kritiko znanosti*, 19, 138/139, str. 115-136.

času pa je to prepričanje postalo vprašljivo. Po drugi strani pa se je na osnovi teoretičnih in antropoloških pa tudi filozofskih, pravnih in terapevtskih razmišljanj razvil pogled, da je psihološka kategorizacija duševnih bolezni v najboljšem primeru nekoristna, v najslabšem pa škodljiva, zavajajoča in podcenjujoča. S te perspektive naj bi bile psihiatrične diagnoze le v glavah opazovalcev in povzetki značilnosti, ki jih kažejo opazovani, naj ne bi bile veljavne (8, 10, 14, 19, 20, 22, 27, 32, 36, 38, 43, 44).

Do odkritij, ki bi pomagala pri odločitvi, kateri pogled je ustrežnejši, bi lahko prišli, če bi normalne ljudi (to je ljudi, ki nimajo in niso nikoli imeli simptomov hudih in dolgotrajnih psihiatričnih motenj) sprejeli v psihiatrične bolnice in bi potem ugotovili, ali je psihiatrom uspelo ugotoviti, da so zdravi, in če bi jim uspelo, kako so prišli do tega. Če bi zdravlje takih psevdopacientov vedno potrdili, bi bil to dokaz iz prve roke, da lahko zdravega posameznika ločimo od nezdravega konteksta, v katerem se znajde.

Če bi posameznik normalnost (in verjetno nenormalnost) nosil v sebi, bi potemtakem bila dovolj izrazita, da bi jo lahko prepoznali, kjerkoli se pojavi. Če pa po drugi strani zdravlja psevdopacientov ne bi ugotovili nikoli, bi to postal resen problem za tiste, ki zagovarjajo tradicionalne načine psihiatričnega diagnostiranja. Tak izid bi govoril v prid stališču, da psihiatrična diagnoza pove malo o pacientu in veliko o okolju, v katerem ga sreča opazovalec.

Ta članek opisuje tak poskus. Osmim zdravim ljudem je uspelo, da so bili sprejeti v dvanajst različnih bolnic². Njihove izkušnje z diagnozami tvorijo prvi del članka, drugi del pa je posvečen opisu njihovih izkušenj v psihiatričnih bolnicah. Premalo psihiatrov in psihologov, celo tistih, ki delajo v takih bolnicah, ve, kakšna je taka izkušnja. Ker morda ne zaupajo informacijam, ki bi jih lahko dobili od bivših pacientov, se z njimi redko pogovarjajo. Tisti, ki so delali v psihiatričnih bolnicah, so se verjetno tako močno prilagodili temu okolju, da so za vplive teh izkušenj postali neobčutljivi. Čeprav obstajajo poročila o raziskovalcih, ki so se dali sprejeti v psihiatrične bolnice, so običajno tam ostali krajši čas. Pogosto so osebje bolnice poznali. Zato je težko vedeti, v kolikšni meri so jih obravnavali kot bolnike. Vseeno pa so bila njihova poročila o psihiatričnih bolnicah z vidika pacientov dragocena. Ta članek njihove izkušnje še nadgrajuje.

² Podatki o devetem psevdopacientu niso vključeni v to poročilo. Kljub temu, da njegovo zdravlje ni bilo odkrito, je potvoril vidike svoje osebne zgodovine, vključno s svojim zakonskim statusom in z odnosom do staršev; njegovo vedenje med poskusom zato ni bilo enako vedenju drugih psevdopacientov.

Psevdopacienti in njihovo okolje

Osem psevdopacientov je tvorilo raznoliko skupino. Eden je bil diplomirani študent psihologije pri dvajsetih. Ostali so bili starejši in socialno bolj uveljavljeni. Med njimi so bili trije psihologi, pediater, psihiater, slikar in gospodinja. Tri so bile ženske, pet je bilo moških. Vsi so uporabili psevdonime, da jih ne bi diagnoze, ki so jih dobili v bolnicah, kasneje spravljale v zadrego in neprijeten položaj. Tisti, ki so bili zaposleni v ustanovah za mentalno zdravje, so navedli drug poklic, da bi se izognili posebni pozornosti, ki bi jim jo morda poklanjalo osebje kot izraz prijaznosti in previdnosti do bolnih kolegov.

Poleg osebnih težav, ki jih psevdopacienti doživijo v bolnici, so tudi pravne in socialne. Na vse te težave se je potrebno pred sprejemom v bolnico pripraviti. Ko je npr. nekdo sprejet, je kljub zakonu težko, včasih celo nemogoče, da bi bil odpuščen po kratkem času. Ob zagonu projekta na take stvari nisem bil dovolj pozoren. Kasneje pa smo pripravili vse potrebne pravne dokumente za vsakega psevdopacienta, ki je bil sprejet, in imeli smo odvetnika, ki je bil v stalni pripravljenosti v času vsake hospitalizacije. Hvaležen sem Johnu Kaplanu in Robertu Bartelsu za pravne nasvete in pomoč v teh zadevah. Razen v mojem primeru (bil sem prvi psevdopacient in za mojo navzočnost sta, kolikor je meni znano, vedela le član bolnišnične uprave in vodja psihološke službe) bolnišnično osebje ni vedelo za prisotnost psevdopacientov in za raziskovalni program³.

Podobno so bila različna tudi bolnišnična okolja. Da bi naše ugotovitve lahko posplošili, smo poskušali priti v različne bolnice. Uspelo nam je priti v dvanajst bolnic, ki se na vzhodni in zahodni obali nahajajo v petih različnih ameriških državah. Nekatere so bile stare in v bolj slabem stanju, druge novejšje. Nekatere so bile bolj raziskovalno usmerjene, druge ne. Nekatere so imele ugodno razmerje med osebjem in bolniki, drugim je osebja primanjkovalo. Povsem privatna je bila samo ena bolnica. Ostale so dobivale sredstva iz državnih in regionalnih virov, ena pa iz univerzitetnih skladov.

Potem ko smo se psevdopacienti po telefonu naročili na pregled, smo prišli v sprejemne ambulate in povedali, da slišimo glasove. Če so nas vprašali, kaj nam glasovi govorijo, smo odgovorili, da so pogosto nejasni, toda kolikor smo jih lahko razumeli, so glasovi govorili "v prazno", "zamolklo" in "votlo". Glasovi niso bili znani in so bili istega spola, kot smo bili v vsakem posameznem primeru psevdopacienti.

³ Ne glede na to, kako neprimerno je takšno prikrivanje, je bil to nujen prvi korak za raziskavo takšnih vprašanj. Brez prikrivanja ne bi izvedeli, v kolikšni meri so te izkušnje veljavne. Prav tako ne bi izvedeli, ali je katerokoli odkritje, do katerega bi prišli, posledica diagnostične bistrornosti osebja ali govoric bolnišnične odnosne mreže. Zato sem seveda anonimnost psevdopacientov zaščitil in odstranil vse indice, ki bi lahko pripeljali do njihove identifikacije.

Izbrali smo jih, ker so se nam zdeli podobni eksistencialnim simptomom, ki naj bi bili posledica boleče zaskrbljenosti zaradi doživljanja življenjskega nesmisla. Bilo je podobno, kot da bi tisti, ki halucinira, govoril: "Moje življenje je prazno in nesmiselno." Te simptome smo izbrali tudi zato, ker v strokovni literaturi nismo našli nobenega primera eksistencialne psihoze.

Razen navajanja simptomov, potvarjanja imen, poklicev in kraja zaposlitve nismo glede sebe, svojih osebnih zgodov in ali svojih življenjskih okoliščin spremenili ničesar. Pomembne dogodke iz svoje preteklosti smo opisovali tako, kot so se dejansko zgodili. Prav tako smo realno poročali o odnosih s starši, sorojenci, zakonskimi partnerji, otroki ali kolegi na delovnem mestu. Govorili smo o frustracijah in stresih pa tudi o vsem, kar nam je prinašalo veselje in zadovoljstvo. To si je pomembno zapomniti, saj naj bi na rezultate naše raziskave vplivalo v smislu nagibanja tehtnice v prid odkrivanja duševnega zdravja, ker nobena od naših osebnih zgodov in nobeno naše vedenje ni bilo zares na kakršen koli način patološko.

Takoj po sprejemu na psihiatrični oddelek smo psevdopacienti prenehali s simuliranjem vseh simptomov nenormalnosti. V nekaterih primerih je sledilo kratko obdobje lažje nervoze in tesnobe, saj nihče od psevdopacientov ni pričakoval, da bo tako zlahka sprejet. V bistvu nas je bilo vse strah, da nas bodo zelo hitro razkrili kot goljufe in da se bomo znašli v hudi zadregi. Poleg tega mnogi nismo bili nikoli na psihiatričnem oddelku. Tudi tisti, ki so tam že bili, so se bali, kaj bi se jim morda lahko zgodilo. Naša začetna nervoza je bila razumljiva glede na to, da smo se znašli v za nas neobičajnem in novem psihiatričnem okolju, vendar je kmalu tudi izzvenela.

Ne glede na to kratkotrajno nervozo se je vsak od nas kot psevdopacient na oddelku obnašal "normalno", kot v svojem življenju. S pacienti in osebjem smo se pogovarjali na običajen način. Ker je na psihiatričnem oddelku možnosti za aktivnost zelo malo, smo druge poskušali vplesti v pogovor. Ko je osebje koga od nas vprašalo, kako se počutimo, smo odgovorili, da smo v redu in da simptomov več ne doživljamo. Ubogali smo navodila strežnikov, pozive za jemanje zdravil (ki jih nismo pogoltnili) in red v jedilnici. Poleg teh aktivnosti smo svoj čas izkoristili za zapisovanje svojih opažanj o oddelku, pacientih in osebju. Na začetku smo te zapiske delali "na skrivaj", a čim se je pokazalo, da ni za to nikomur nič mar, smo si zapisovali na navadne liste papirja v javnem, npr. dnevnem prostoru. V zvezi s tem ni nihče od nas ničesar več skrival.

Prav tako kot pravi psihiatrični bolniki smo bili psevdopacienti sprejeti v bolnico, ne da bi mogli predvideti, kdaj bomo odpuščeni. Vsakemu je bilo rečeno, da se bo moral izvleči ven z lastno iznajdljivostjo, še najlažje tako, da bo osebje prepričal, da je zdrav. Psihološki stres, povezan s hospitalizacijo, je bil precejšen in

razen enega smo si vsi psevdopacienti želeli, da bi bili takoj po sprejemu odpuščeni. Tako nismo bili motivirani le za to, da bi se obnašali zdravo, temveč smo poskušali biti maksimalno vzorni pri sodelovanju. Da naše obnašanje nikakor ni bilo razdiralno, so potrdili tudi zapiski bolniških sester v raportih. Ta poročila so enoznačno pokazala, da smo bili kot pacienti "prijateljski", "sodelujoči" in "da nismo kazali nobenih znakov abnormnosti".

Normalni niso bili prepoznani kot zdravi

Kljub temu da smo bili v našem vsakdanjem življenju zunaj bolnice očitno duševno zdravi, nas kot psevdopaciente niso razkrili. Tisti, ki so ob sprejemu dobili diagnozo shizofrenija, so bili - razen v enem primeru - vsi odpuščeni z diagnozo shizofrenija "v remisiji"⁴. Označe v *remisiji* nikakor ne bi smeli videti zgolj kot formalnosti, kajti med potekom vseh hospitalizacij se ni niti enkrat odprlo vprašanje o simulaciji psevdopacientov. Prav tako v bolnišničnih dokumentacijah ni bilo nobenega zapisa o tem, da bi kdo posumil, da bi lahko šlo za psevdopaciente. Obratno, obstajajo tehtni dokazi za to, da se psevdopacienti niso več mogli znebiti nalepke, da so shizofreniki, potem ko so je enkrat dobili. Da bi bil odpuščen, je seveda psevdopacient moral biti v "remisiji", s stališča institucije pa ni bil zdrav ne prej ne potem. Tako lahko vidimo, da je očitno prišlo do konstrukcije človeške »resničnosti«.

Popolnega neuspeha v prepoznavanju duševnega zdravja ne moremo pripisati kvaliteti bolnic. Čeprav so bile med njimi precejšnje razlike, so bile nekatere priznane kot odlične. Neuspeha tudi ne moremo povezati s tem, da za opazovanje psevdopacientov ni bilo dovolj časa. Dolžina hospitalizacije se je gibala med 7 do 52 dnevi, s povprečjem 19 dni. V bistvu psevdopacientov niso pazljivo opazovali, kar več pove o navadah v psihiatričnih bolnicah kot pa o pomanjkanju možnosti.

Navsezadnje tudi ne moremo reči, da je neuspeh v prepoznavanju duševnega zdravja psevdopacientov posledica tega, da se niso obnašali zdravo. Čeprav je bila seveda pri vseh prisotna določena napetost, njihovi dnevni obiskovalci in drugi bolniki niso mogli zaznati nobenih resnejših vedenjskih posledic. Pogosto so zdravje psevdopacientov "odkrili" pacienti. V toku prvih treh hospitalizacij je po natančnem štetju svoj sum izreklo 35 od skupno 118 bolnikov na sprejemnem oddelku, nekateri celo zelo odločno. "Vi niste nori. Vi ste novinar ali profesor (glede na naše stalno zapisovanje opažanj). Vi preverjate bolnico." Medtem ko je stalno ponavljanje psevdopacientov, da so bili bolni, preden so prišli v bolnico, da pa se

⁴ Zanimivo je, da je od dvanajstih sprejetih psevdopacientov enajst dobilo diagnozo shizofrenija in eden - z isto simptomatiko - manično-depresivna psihoza. To diagnozo, ki ima boljšo prognozo, so določili v edini privatni bolnici v našem vzorcu. O povezavi med socialnim slojem in psihiatrično diagnozo glej Hollingshead in Redlich (23).

sedaj počutijo dobro, prepričalo večino bolnikov, so nekateri še naprej verjeli, da je bil psevdopacient zdrav ves čas hospitalizacije⁵. Dejstvo, da so bolniki pogosto prepoznali normalnost, medtem ko je osebje ni, odpira pomembna vprašanja.

Neuspeh v prepoznavanju duševnega zdravja v času hospitalizacije je morda povezan z dejstvom, da so zdravniki nagnjeni k temu, čemur statistiki pravijo napaka tipa 2 (38). To pomeni, da zdravniki pogosteje označijo zdravega posameznika za bolnega (napačno pozitiven tip 2) kot pa bolnega za zdravega (napačno negativen tip 1). Razlogov za to ni težko najti; seveda je nevarneje zgrešiti diagnozo bolezni kot zdravja. Bolje se je zmotiti v smeri večje previdnosti in sumiti na bolezen tudi pri zdravih.

Vendar kar velja za medicino, ne velja povsem za psihiatrijo. Čeprav so medicinske bolezni neprijetne, niso slabšalne. Nasprotno pa psihiatrične diagnoze nosijo s sabo osebne, pravne in družbene stigme (15, 17, 24, 28). Zato je bilo pomembno ugotoviti, ali se težnja k diagnosticiranju zdravega za nezdravega lahko obrne. Tako smo na raziskovalni in učni kliniki, kjer je osebje slišalo za naše rezultate in dvomilo, da bi pri njih lahko prišlo do takih napak, organizirali naslednji poskus. Osebje smo obvestili, da bo v naslednjih treh mesecih eden ali več psevdopacientov poskušalo priti v njihovo psihiatrično bolnico. Vsakega člana osebja smo prosili, da naj ob sprejemu ali na oddelku v skladu z verjetnostjo, da gre za psevdopacienta, oceni vsakogar na desetstopenjski lestvici. Stopnji 1 in 2 sta predstavljali veliko verjetnost, da je bolnik psevdopacient.

Diagnosticirali so 193 bolnikov, ki so jih sprejeli na psihiatrično zdravljenje. Vse člane osebja, ki so imeli s pacientom daljši stik ali primarno odgovornost - bolničarje, sestre, psihiatre, zdravnike in psihologe - smo vprašali za njihovo presojo. Najmanj en član osebja je 41 pacientov z visoko verjetnostjo ocenil, da gre za psevdopacienta, 23 jih je ocenil za sumljive najmanj en psihiater, 19 pa sta jih ocenila za sumljive en psihiater in še en član osebja. Dejansko pa se na kliniki v tem obdobju ni prikazal niti en pravi psevdopacient - vsaj iz moje skupine ne.

Poskus je poučen. Kaže na to, da se težnja označevanja zdravih za nezdrave lahko obrne, ko so stave (v tem primeru prestiž in diagnostična ostrovidnost) visoke. A kaj bi lahko rekli o 19 posameznikih, ki sta jih en psihiater in še en član osebja osumila za "zdrave"? So bili ti ljudje res "zdravi" ali je pa šlo bolj za to, da je osebje v prizadevanju, da bi se izognilo napaki tipa 2, začelo delati napako tipa 1, da so torej nore označili za zdrave? Tega na noben način ne moremo izvedeti. Toda nekaj je gotovo. Kateri koli diagnostični proces, ki s tako lahkoto dela tako

ogromne napake, ne more biti zelo zanesljiv in vreden zaupanja.

Lepljivost psihiatričnih oznak

Razen težnje k proglasitvi zdravega za bolno, ki je bolj utemeljena pri diagnosticiranju ob sprejemu kot pa v daljšem času opazovanja, kažejo podatki, kako velika je vloga označevanja v psihiatričnem ocenjevanju. Ko je psevdopacient enkrat označen za shizofrenika, ne more storiti ničesar, da bi se odlepil od te nalepke. Etiketa intenzivno obarva, kako njega in njegovo vedenje zaznavajo drugi. Spet lahko vidimo, kako se dejansko konstruira specifična »resničnost«.

Po eni strani ti podatki niso presenetljivi, saj je že dolgo znano, da posameznim elementom daj pomen kontekst, v katerem se nahajajo. Geštalt psihologija je to dejstvo zelo poudarila in Asch (1) je pokazal, da obstajajo "osrednje" osebnostne lastnosti (kot sta npr. "topel" oz. "hladen"), ki so tako izrazite, da pri oblikovanju vtisa o določeni osebnosti opazno obarvajo pomen drugih informacij (11, 12, 14, 46). "Duševno bolan", "shizofren", "manično - depresiven" in "nor" so med temi osrednjimi potezami najbrž med najmočnejšimi. S tem ko je posameznik označen za nenormalnega, so vsa njegova obnašanja in značilnosti obarvane s to oznako. Pravzaprav je ta oznaka tako močna, da so zaradi nje prezrli mnoga normalna obnašanja psevdopacientov, bodisi v celoti ali pa so jih v veliki meri napačno tolmačili, da bi jih lahko prikrojili predpostavljeni realnosti. Morda bo to tezo pojasnilo nekaj primerov.

Že prej sem poudaril, da v osebnih zgodovinah in sedanjem statusu psevdopacientov ni bilo nobenih sprememb, razen glede imena, zaposlitve in, kjer je bilo potrebno, glede poklica. Sicer smo verodostojno podajali osebne zgodovine in okoliščine. Te okoliščine niso bile psihotične. Kako to, da so se lahko uglasile z diagnozo psihoze? Ali so bile obratno diagnoze na tak način spremenjene, da so se lahko uglasile z okoliščinami v življenju psevdopacienta, kot so jih ti opisali? Zdi se, da relativno zdrave okoliščine v življenju psevdopacientov v ničemer ni vplivalo na diagnoze, pač pa se je zgodilo obratno: diagnoza je popolnoma oblikovala zaznavo okoliščin. Nazoren primer delovanja tega mehanizma konstrukcije resničnosti smo našli v primeru psevdopacienta, ki je bil zelo navezan na mater, v odnosu do očeta pa je bil v svojem zgodnjem otroštvu bolj zadržan. V času adolescence in kasneje sta z očetom postala tesna prijatelja, medtem ko se je njegov odnos do matere ohladil. Njegov sedanjí odnos do žene je bil topel in tesen. Z izjemo občasnih preprirov je bilo trenje minimalno. Otroci so bili redko tepeni. Gotovo v taki anamnezi ni ničesar posebej patološkega. V svojih izkušnjah lahko mnogi bralci prepoznajo podoben vzorec, ki je ostal brez posebej škodljivih, usodnih posledic. Poglejmo si, kako je bila ta anamneza prevedena v psihopatološki

⁵ Seveda je možno, da imajo bolniki precej ohlapno, svobodno mnenje o diagnozah in se nagibajo k temu, da mnoge ljudi označijo kot zdrave, tudi tiste, katerih obnašanje je očitno odklonsko. Čeprav nimamo trdnih dokazov o tem vprašanju, pa nam je bilo jasno, da ni šlo za to. V mnogih primerih nas pacienti niso le razločili, temveč so začeli tudi posnemati naša obnašanja in stile.

kontekst. Tu je odlomek iz povzetka, ki je bil napisan po psevdopacientovem odpustu iz bolnice.

Ta beli 39-letni moški (...) kaže dolgo zgodovino precejšnje ambivalence v odnosih do bližnjih, ki se je začela že v zgodnjem otroštvu. Topel odnos do matere se je ohladil v času adolescence. Opisal pa je, da je prehladen odnos do očeta postal zelo intenziven. Ni čustvene stabilnosti. Njegovi poskusi, da bi kontroliral svojo čustvenost do svoje žene in otrok, prekinjajo jezni izbruhi in klofute otrokom. Čeprav meni, da ima nekaj dobrih prijateljev, je tudi v teh odnosih prisotna precejšnja ambivalenca.

Osebe je v tem primeru nenamerno prikrojilo dejstva, da bi doseglo ujemanje s popularno teorijo o dinamiki shizofrene reakcije⁶. V odnosih s starši, zakoncem in prijatelji ni bilo opisano nič resnično ambivalentnega. Ambivalenca, ki bi jo tu lahko našli, verjetno ni večja od tiste, ki bi prisotna v odnosih vseh ljudi. Res je, da se je psevdopacientov odnos do staršev sčasoma spremenil, vendar bi to bilo v običajnem kontekstu komaj vredno pozornosti - morda prav obratno, bilo bi pričakovano. Jasno je, da je bil pomen, ki je bil pripisan njegovi izpovedi (ambivalenca, čustvena nestabilnost), določen z diagnozo shizofrenija. Njegovemu opisu bi pripisali povsem drug pomen, če bi bilo znano, da je človek "normalen".

Vsi psevdopacienti so si javno delali obsežne zapiske. V običajnih okoliščinah bi tako obnašanje pri opazovalcih sprožilo vprašanja, kot jih dejansko med pacienti tudi je. Bili smo prepričani, da bodo zapiski vzbudili sum, zato smo skrbno pripravili vse, da bi jih lahko vsak dan sproti skrivoma odnašali z oddelkov. Toda ta previdnost se je izkazala za odvečno. Edini dogodek, ko je kdo od osebja pokazal zanimanje za zapisovanje, je bil, ko je nek psevdopacient vprašal zdravnika, katera zdravila dobiva, in si pričel odgovor zapisovati. "Ni potrebno, da si to zapisujete," mu je bilo prijazno rečeno. "Če imate težave s spominom, me kar znova vprašajte."

Kako so interpretirali zapiske psevdopacientov, če jih niso ničesar vprašali? Poročila sester kažejo, da so pri treh psevdopacientih to zapisovanje označili kot enega od pokazateljev njihovega patološkega obnašanja. "Pacient se zaposluje z zapisovanjem", se je glasil vsakdanji komentar sester o enem od psevdopacientov, ki ga o njegovih zapiskih nikoli niso vprašali. Če je pacient v bolnici, mora biti psihološko moten. In če je moten, potem mora biti stalno zapisovanje vedenjski pokazatelj te motenosti, morda del kompulzivnega vedenja, ki je včasih povezano s shizofrenijo.

Ena od tihih značilnosti psihiatrične diagnoze je, da umešča izvore odklonov

v notranjost posameznika in zelo redko v kompleks dražljajev, ki ga obkrožajo. Posledica tega je, da so vedenja, ki jih spodbuja okolje, običajno napačno pripisana pacientovi motnji. Prijazna sestra je npr. srečala psevdopacienta, ki se je sprehajal po oddelčnem hodniku. "Nervozen, gospod X?", ga je vprašala. "Ne, samo dolgčas mi je," je odvrnil.

V zapiskih psevdopacientov je veliko primerov vedenj pacientov, ki jih je dobronamerno osebje napačno interpretiralo. Nemalokrat se je zgodilo, da se je kakšen pacient razjezil, ker je npr. strežnik namerno ali nenamerno grdo ravnal. Sestra, ki je na sceno prišla kasneje, se največkrat niti površno ni zanimala, ali je morda pacienta k takemu vedenju spodbudilo kaj iz okolja. Raje je takoj predpostavila, da gre njegovo razburjenje na račun njegove patologije, ne pa na račun njegovih trenutnih interakcij z drugim osebjem. V nekaterih primerih je osebje predpostavilo, da so bili pacientova družina (še posebno, če je imel bolnik pred nedavnim obisk) ali pa drugi bolniki tisti, ki so spodbudili njegov izbruh. Nikoli pa se ni zgodilo, da bi osebje predpostavilo, da so oni sami ali pa struktura bolnice imeli karkoli opraviti z bolnikovim vedenjem. Nek psihiater je pokazal na skupino bolnikov, ki so pol ure pred kosilom sedeli pred vhodom v kantino. Skupino mladih stažistov je opozoril, da je tako obnašanje značilno za sindrom oralno-posesivne narave. Ni pa pomislil na to, da je v bolnici razen obrokov zelo malo stvari, ki jih pacienti lahko pričakujejo.

Psihiatrična oznaka proizvaja svojo lastno resničnost in z njo svoje lastne učinke. Ko se izoblikuje vtis, da je bolnik shizofrenik, se vzbudi pričakovanje, da bo shizofrenik tudi v prihodnje. Ko dovolj časa bolnik ni napravil nič bizarnega, je to znak, da je v remisiji in da je zrel za odpust. Toda oznaka ostane, skupaj z nepotrjenim predvidevanjem, da se bo tudi po odpustu znova obnašal kot shizofrenik. Take oznake, ki jih posredujejo strokovnjaki za duševno zdravje, zelo vplivajo tako na bolnika kot tudi na njegove sorodnike in prijatelje. Nikogar ne bi smelo presenetiti, da diagnoza deluje nanje kot samopotrjujoča se prerokba. Sčasoma bolnik diagnozo z vsemi preostalimi pomeni in pričakovanji sprejme ter se prične v skladu s tem tudi obnašati (38). Ko to stori, se prilagodi konstrukciji medosebne "resničnosti".

Sklepi, ki jih je mogoče izluščiti, so precej preprosti. Podobno kot sta Zigler in Phillips pokazala, da obstaja med simptomi pacientov in določenimi diagnozami zelo veliko prekrivanje (18, 47), obstaja tudi zelo veliko prekrivanje v vedenju duševno zdravih in duševno bolnih. Zdravi niso ves čas "zdravi". Večkrat se razburimo "brez pravega razloga". Prav tako smo brez pravega razloga občasno depresivni ali anksiozni. In često se nam v odnosih z drugimi zaplete - pogosto ne da bi za to našli razlog. Podobno tudi duševno bolni niso vedno duševno bolni. Na osnovi izkušenj življenja z bolniki so psevdopacienti dobili vtis, da so bili veliko

6 Primer podobne samopotrjujoče prerokbe, tokrat v zvezi s osrednjo potezo inteligence, je opisan v Rosenthal in Lenore (34).

časa zdravi - da so bila njihova bizarna obnašanja, na osnovi katerih so dobili diagnoze, pravzaprav le manjši del njihovega celotnega vedenja. Če nas je zaradi občasnih depresij nesmiselno označiti za stalno depresivne, potem bi bili potrebni boljši dokazi od teh, ki jih imamo na razpolago danes, da bi lahko zaradi bizarnih obnašanj vse paciente označili za duševno bolne ali shizofrene. Koristneje se zdi, kot je to poudaril že Mischel (30), naše diskusije omejiti na različna vedenja in na dražljaje, ki jih sprožijo, ter na njihove korelate.

Zakaj pride do tako močnih vtisov o osebnostnih potezah, kot so "nor" ali "duševno bolan", ni znano. Morda se nam zazdi, da imamo opraviti z določenimi osebnostnimi potezami, čeprav gre le za vedenje, ko so njegovi izvori ali sprožilci odmaknjeni ali neznani, ali ko se nam zdi obnašanje nespremenljivo. In obratno - ko so izvori in sprožilci znani in dostopni, je pogovor omejen na samo vedenje. Potemtakem lahko haluciniram, ker spim ali ker sem zaužil določeno drogo. Te halucinacije označimo kot sanje ali z drogami sprožene halucinacije. Ko pa ostajajo dražljaji oz. sprožilci halucinacij neznani, to poimenujemo norost ali shizofrenija - kot da bi bilo tako sklepanje oz. označevanje ravno tako pojasnjujoče kot ono drugo.

Izkušnja psihiatrične hospitalizacije

Termin duševna bolezen je nastal nedavno. Skovali so ga ljudje, ki so bili v svoji namerah humani in ki so si močno želeli povečati naklonjenost družbe do duševno prizadetih in dvigniti kvaliteto odnosa z ravni čarovnic in "norcev" do tiste ravni, ki jo imajo telesno bolni. In vsaj deloma so bili pri tem uspešni, saj se je zdravljenje duševno bolnih v naslednjih letih precej izboljšalo. Toda čeprav se je zdravljenje izboljšalo, je vprašljivo, ali ljudje gledajo na duševno bolnega enako kot na telesno bolnega. Zlomljena noga je nekaj, kar si človek pozdravi, duševna bolezen pa baje traja večno. Zlomljena noga opazovalca ne ogroža, toda nori shizofrenik? Do sedaj je zbranih zelo veliko dokazov za to, da so za odnos do duševno bolnih značilni strah, sovražnost, vzvišenost, brezbržnost in sumničavost (36, 37). Duševno bolni so družbeni gobavci.

Da je tak odnos razširjen med običajno populacijo, morda ni presenetljivo, je zgolj zaskrbljujoče. Da pa so s takim odnosom okuženi tudi strokovnjaki - strožniki, sestre, zdravniki, psihologi in socialni delavci - ki se ukvarjajo z duševno bolnimi in jih zdravijo, je bolj presenetljivo in alarmantno, ker je tak odnos očitno škodljiv in nezaveden. Večina strokovnjakov za mentalno zdravje bo vztrajala, da so duševno bolnim naklonjeni in da do njih niso odmaknjeni, izogibajoči se ali sovražni. Toda mnogo bolj verjetno je, da je za njihove odnose z duševno bolnimi značilna precejšnja ambivalenca, tako da so nagibi, ki jih priznavajo, samo del

njihovega celotnega odnosa. Tu je tudi negativni del odnosa in zlahka ga lahko odkrijemo. To nas ne bi smelo presenetiti. Gre za naravne posledice oznak, ki jih nosijo bolniki, in prostorov, kjer se nahajajo.

Poglejmo si strukturo tipične psihiatrične bolnice. Osebe in pacienti so strogo ločeni. Osebe ima svoje bivalne prostore, vključno z jedilnico, kopalnicami, stranišči in prostori za zbiranje in sestanke. Zastekljena področja za osebe, ki so jih psevdopacienti začeli klicati "kletka", so postavljena v vsakem dnevnem prostoru. Osebe iz njih stopi v glavnem zaradi strežbe - da razdeli zdravila, vodi terapevtski ali skupinski sestanek, daje pacientom navodila ali ukaze. Sicer se osebe drži zase, kot da bi bile težave, ki mučijo njihove varovance, nalezljive. Pravilo ločevanja osebja in pacientov je tako zelo zakoreninjeno, da smo morali v štirih bolnicah, kjer smo poskušali izmeriti, koliko časa se osebe družijo in meša s pacienti, uporabiti kot učinkovito merilo t.i. "čas, ki ga osebe preživi zunaj kletke". Čeprav vsega časa zunaj kletke osebe ni porabilo za druženje z bolniki (bolničarji so npr. občasno stopili ven, da bi v dnevnem prostoru gledali televizijo), je bil to edini način, da smo lahko zbrali zanesljive podatke o druženju.

Povprečni del časa, ki so ga zunaj kletke prebili strežniki, je bil 11,3 % (obseg variacij 3 - 52%). Ta odstotek ne predstavlja samo časa, ki so ga porabili za druženje z bolniki, temveč tudi čas namenjen drobnim opravkom, kot so spravljanje perila, nadzor bolnikov med britjem, usmerjanje čiščenja hodnika in pošiljanje bolnikov na aktivnosti zunaj oddelka. Relativno redki so bili bolničarji, ki so čas namenili pogovorom ali igram z bolniki. Pokazalo se je, da je pri sestrah "odstotek časa za druženje" nemogoče izračunati, ker so zunaj kletke prebile prekratek čas. V povprečju so se dnevne sestre zunaj kletk pokazale 11,5 krat na izmeno, vključno z njihovimi odhodi z oddelka (variacije 4 - 39 krat). Popoldanske in nočne sestre so bile manj razpoložljive, saj so se v povprečju pojavile zunaj 9,4 krat na izmeno (variacije od 4 - 41 krat). Zgodnje jutranje sestre, ki so običajno prišle po polnoči in odšle ob osmih zjutraj, niso na voljo, ker bolniki večino tega časa prespijo.

Zdravniki, še posebno psihiatri, so bili na razpolago še manj. Na oddelkih jih je bilo zelo redko videti. Kar precej običajno je bilo, da si jih videl samo, ko so prišli in odšli, preostali čas pa so prebili po sobah ali v kletki. V povprečju so se zdravniki pokazali na oddelku 6,7 krat na dan (variacije od 1 - 17 krat). Njihov čas je bilo težko ustrezno izmeriti, ker so se pogosto ravnali po urniku, ki jim je dovoljeval, da prihajajo in odhajajo ob različnih urah.

O hierarhični organizaciji psihiatrične bolnice so že pisali (42), vendar je vredno ponovno opomniti na zakriti pomen tovrstne organizacije. Tisti, ki imajo največ moči, imajo najmanj opravka z bolniki, in tisti z najmanj moči se z njimi največ ukvarjajo. Spomniti se velja tudi tega, da ljudje privzamejo vlogi ustrezno vedenje - v glavnem preko opazovanja drugih - s tem, da so najmočnejši tudi najvplivnejši.

Zato ni razumljivo le to, da od vseh članov osebja porabijo največ časa za bolnike bolničarji - to namreč zahteva njihovo mesto v hierarhiji -, temveč hkrati tudi to, da kolikor se tega lahko naučijo iz vedenja nadrejenih, prebijejo z bolniki čim manj časa, kot je le mogoče. V kletki, torej tam, kjer so vzori, dogajanje in moč, prebijejo bolničarji največ časa.

Zdaj prehajam na drugi niz raziskav, ki se ukvarja z odgovori osebja v primerih, ko pobudo za stike da bolnik. Že dolgo je znano, da obseg časa, ki ga nekdo prebije z nami, kaže, koliko mu pomenimo. Če nekdo dvigne pogled in vzdržuje očesni stik, je velika verjetnost, da presoja naša pričakovanja in potrebe. Če se nekdo ustavi z nami na klepetu, je to dodatni razlog, da lahko sklepamo, da mu nekaj pomenimo kot oseba. V štirih bolnicah so se psevdopacienti približali članom osebja in postavljali vprašanja v obliki: »Oprostite, gospod (ali gospa ali doktor) X, ali mi lahko poveste, kdaj bom dovolj dobri koži, da bom lahko sam hodil v kantino?« (ali »kdaj bom predstavljen na sestanku osebja« ali »kdaj bom odpuščen«). Medtem ko se je vsebina vprašanja spreminjala, tako da je ustrezala situaciji in (navidezni) psevdopacientovi potrebi, je bil način spraševanja vedno vljuden in ustrezen glede na prizadevanja za informacijo. Še posebej smo pazili, da se določenemu članu osebja nismo približali več kot enkrat na dan, da ne bi postal sumničav ali jezen. Ko gledamo te podatke, se spomnimo, da vedenje psevdopacientov ni bilo niti bizarno niti moteče. Z njimi se je lahko vsak kvalitetno pogovarjal.

Podatki te raziskave so prikazani v tabeli 1, ločeno za zdravnike (stolpec 1) ter sestre in bolničarje (stolpec 2). Zanimarjive razlike med štirimi bolnicami je prekrila velika stopnja ujemanja v tem, kako se je osebje izogibalo, da bi nadaljevalo stik, ki so ga vzpostavili bolniki. Njihov najbolj pogost odgovor je bil bodisi kratek odgovor na vprašanje, medtem ko so bili v gibanju, ko so »nekam šli«, z glavo obrnjeno stran, ali pa sploh niso odgovorili.

Tabela 1.

Stik s psihiatri, sestrami in bolničarji, ki je nastal na pobudo psevdopacientov. V primerjavi s stikom z ostalimi skupinami.

	Psihiatrične bolnice		Univerzitetni nemedicinski kampus	Zdravniki univerzitetnega medicinskega centra		
Stik	(1) Psihiatri	(2) Sestre in strežniki	(3) Učitelji	(4) »Iskanje psihiatra«	(5) »Iskanje internista«	(6) Brez dodatnega komentarja
Odzivi Gre naprej, obrne glavo	71	88	0	0	0	0
Stik z očmi	23	10	0	11	0	10
Se ustavi in nekaj besed	2	2	0	11	0	10
Se ustavi in pogovarja	4	0.5	100	78	100	90
Povprečno število odgo- vorjenih vprašanj (od 6)	*	*	6	3.8	4.8	4.5
Število tistih, ki so odgovorili	13	47	14	18	15	10
Število poskusov	185	1283	14	18	15	10

* Neuporabno

Srečanje je bilo pogosto bizarno:

Psevdopacient: »Oprostite, dr X., mi lahko poveste, če sem že primeren za izhode z oddelka?«

Zdravnik: »Dobro jutro, Marjan. Kako ste kaj danes?« (Gre naprej, ne da bi počakal na odgovor.)

Poučno je primerjati te podatke s tistimi iz raziskave na Univerzi Stanford. Predpostavljali so, da je za velike in pomembne univerze značilno, da je učno osebje tako zaposleno, da nima časa za študente. V skladu z namenom te raziskave se je študentka približala članu učnega osebja, za katerega se zdelo, da hodi z nekim namenom na kakšen sestanek ali predavanje in mu postavila eno od naslednjih šestih vprašanj:

1. »Oprostite, ali mi lahko poveste, kje je predavalnica številka 5 (medicinska fakulteta, raziskovalni center klinike)?«
2. »Mi lahko veste, kje je oddelek za kriminalistiko?« (Na Univerzi Stanford tega oddelka ni.)
3. »Ali morda vi tukaj poučujete?«

4. »Kako se vloži prošnja za sprejem na ekonomsko fakulteto (na medicinsko fakulteto)?«
5. »Je težko biti sprejet?«
6. »Je možno dobiti kakšno finančno pomoč?«

Kot je razvidno iz tabele 1 (stolpec 3), so vprašani brez izjem odgovorili na vsa vprašanja. Ne glede na to, kako se jim je mudilo, so vsi, ki so odgovorili, ne le ohranjali stik z očmi, temveč so se tudi ustavili, da bi se pogovarjali. Mnogi so svojo pot celo prekinili, da bi vprašujočo usmerili ali jo odpeljali do urada, ki ga je iskala, skušali ugotoviti, kje je »oddelek za kriminalistiko« ali so začeli pogovor o tem, kakšne so možnosti, da bi bila sprejeta na fakulteto.

Do podobnih podatkov, ki so tudi nanizani v tabeli 1 (stolpci 4, 5, 6), so prišli na univerzitetnem kliničnem centru. Tudi tu je nastopalo dekle s šestimi vprašanji. Po prvem vprašanju pa je pri osemnajstih vprašanih dodala še (stolpec 4): »Iščem psihiatra' in pri drugih petnajstih (stolpec 5): »Iščem internista.« Pri desetih, ki so odgovorili na prvo vprašanje, ni dodala ničesar več (stolpec 6). Povprečna stopnja sodelovanja v odgovorih teh univerzitetnih skupin je precej višja od tiste pri psevdopacientih v psihiatričnih bolnicah. Zanimivo je, da so se pokazale razlike tudi znotraj univerzitetnega kliničnega centra. Ko je dejala, da išče psihiatra, je bila stopnja sodelujočih odgovorov manjša kot takrat, ko je iskala internista.

Nemoč in razosebljanje

Stik z očmi in besedni stik kažeta na zavzetost in osebni stik; in obratno, če tega ni, kaže to na izogibanje in razosebljanje. Podatki, ki sem jih prikazal doslej, še ne pokažejo v pravi luči, kako veliko je bilo razosebljanja in izogibanja, ki smo ga bili deležni psevdopacienti. Imam poročila o bolnikih, ki jih je osebje udarilo, ker so se pregrešili s tem, da so začeli besedni stik. V času mojega bivanja v bolnici je bil npr. bolnik tepen v prisotnosti drugih bolnikov, ker se je približal strežniku in mu rekel: »Všeč ste mi.« Včasih so bile kazni, ki so jih naložili bolnikom zaradi slabega vedenja, prekomerne do te mere, da jih ni bilo mogoče opravičiti celo z najbolj radikalno interpretacijo psihiatričnega zakonika. Kljub temu se o teh dogodkih nihče ni spraševal. Razdraženost je bila pogosto kratkotrajna. Bolnik, ki ni slišal poziva k razdeljevanju zdravil, je bil deležen ostre kritike, in strežniki v jutranji izmeni so pogosto prebujali bolnike z: »Dajmo, vi kurbeži, ven iz postelji!« Niti anekdotični utrinki, niti »suhi« znanstveni podatki ne morejo v polnosti posredovati prevladujočega občutka nemoči, ki preveva posameznika, ko je neprestano izpostavljen razosebljanju psihiatrične bolnice. Skoraj nepomembno je, za katero psihiatrično bolnico gre. Najboljše javne bolnice in razkošne privatne

so bile v tem pogledu boljše od podeželskih in zanemarjenih, toda po drugi strani so značilnosti, ki so jim bile skupne, precej prevladovala nad razlikami.

Nemoč se je kazala vsepovsod. Bolnik izgubi veliko zakonitih pravic, ko je izročen oblasti psihiatrije (45). Psihiatrična oznaka mu odvzema verodostojnost. Omejena je njegova svoboda gibanja. Ne more dajati pobud za stike z osebjem, ampak lahko samo odgovarja na iztočnice, ki mu jih ponudi osebje. Osebna intimnost in zasebnost sta minimalni. Vsak član osebja ima dostop do življenjskega prostora bolnikov in do njihove lastnine, vsak lahko zaradi katerega koli razloga preišče vse, kar jim pripada. Bolnikova osebna zgodovina in osebna stiska je na razpolago kateremu koli članu osebja (pogosto so tu vključene tudi snažilke, praktikanti, ki so na oddelku zelo kratek čas, in drugi), ki se odloči prebrati del bolnikovo dokumentacijo, ne glede nato, v kakšnem terapevtskem odnosu je z njim. Pogosto se nadzira in pazi na njegovo osebno higieno in na njegovo opravljanje potrebe. Stranišča so bila lahko brez vrat.

Včasih je razosebljanje doseglo takšne razsežnosti, da so psevdopacienti imeli občutek, da so nevidni ali vsaj nevredni upoštevanja. Potem ko smo bili sprejeti, so mene in druge psevdopaciente telesno pregledali v na pol javni sobi, po kateri je hodilo osebje po svojih opravkih, tako kot da nas ne bi bilo.

Strežniki so se na oddelku besedno izživljali nad bolniki in včasih je prišlo do resnih fizičnih zlorab v navzočnosti drugih bolnikov, ki so dogodek opazovali, in nekateri (psevdopacienti) so si vse tudi zapisovali. Zmerjanje in drugo slabo ravnanje pa se je v trenutku prekinilo, če se je izvedelo, da prihaja drug član osebja. Člani osebja so verodostojne priče, bolniki ne.

Sestra si je odpela delovno obleko, da bi si popravila modrček v prisotnosti celega oddelka strmečih moških. Nismo imeli občutka, da nas zapeljuje, temveč bolj, da nas ni opazila. Skupina osebja lahko pokaže s prstom na bolnika v dnevnem prostoru in o njem živahno razpravlja, kot da ga ne bi bilo.

Do zelo nazornega primera razosebljanja in nevidnosti je prišlo tudi v zvezi z zdravili. Psevdopacienti so dobili okoli 2100 tablet, vključno s trifluoperazinom (Triptazin), prochlorperazinom (Stemetil), chlorpromazinom (Largactil), amitriptilinom (Tryptizol), če naj jih naštejemo samo nekaj. (Da so psevdopacienti dobili tako različna zdravila za enake simptome, je tudi samo po sebi omembe vredno). Vsi skupaj smo pojedli samo dve tableti. Ostale smo bodisi spravili v žep bodisi odvrgli v straniščno školjko. Psevdopacienti nismo bili edini, ki smo to počeli. Čeprav nimam natančnih podatkov o tem, koliko bolnikov je zdravila zavračalo, smo psevdopacienti v školjki pogosto našli zdravila drugih bolnikov, preden smo tja odvrgli svoja. Dokler so sodelovali, na takšno ravnanje bolnikov kot tudi psevdopacientov, osebje ni imelo pripomb. Podobno je bilo tudi glede drugih pomembnih zadev.

Odzivi psevdopacientov na tako razosebljanje so bil močni. Čeprav so v bolnico prišli kot udeleženi opazovalci in so se popolnoma zavedali, da ne »spadajo« vanjo, so se kljub temu zapletli v proces razosebljanja in se borili proti njemu. Nekaj podam nekaj primerov: absolvent psihologije je prosil ženo, naj mu prinese njegove učbenike, da bi lahko »izpolnil študijske naloge, ki jih je moral opraviti«, čeprav smo se dogovorili za cel varnostni sistem, da bi njegova poklicna identiteta ostala skrita. Isti študent, ki se je kar lep čas pripravljaj na hospitalizacijo in se je te izkušnje že vnaprej veselil, se je »spomnil« na neke konjske dirke, ki si jih je želel videti konec tedna, in si je začel prizadevati ter vztrajati, da bi bil za tisti čas odpuščen iz bolnice. Drugi psevdopacient je poskušal zapeljati neko sestro. Kasneje je osebo povedal, da je vložil prošnjo za sprejem na fakulteto za psihologijo in da bo zelo verjetno sprejet, ker je bil profesor s te fakultete eden tistih, ki so ga v bolnici redno obiskovali. Isti psevdopacient je začel izvajati psihoterapijo z drugimi bolniki - vse to so bili načini in poskusi, da bi postal nekdo, osebnost v razosebljeni resničnosti.

Viri razosebljanja

Kateri so viri razosebljanja? Dva sem že omenil. Prvi je odnos, ki ga imamo do duševno bolnih prav vsi - vključno s tistimi, ki jih zdravijo - odnos, za katerega so značilni strah, nezaupanje in grozljiva pričakovanja na eni ter dobronamernost na drugi strani. Naša ambivalentnost nas, tako kot druge, vodi v izogibanje.

Drugi, in ne popolnoma ločen vir, je hierarhična struktura psihiatrične bolnice, ki razosebljanje pospešuje. Tisti, ki so na vrhu imajo najmanj opravka z bolniki in njihovo vedenje je zgled ostalemu osebju. Povprečno trajanje stika s psihiatri, psihologi, specializanti in zdravniki skupaj se je v toku enega dne gibalo med 3,9 in 25,1 minut, s povprečjem 6,8 (izračun velja za 6 psevdopacientov in njihovih skupno 129 dni hospitalizacije). V ta čas je vključeno tudi trajanje sprejemnega intervjuja, sestanki oddelčne skupnosti, kjer je bil prisoten starejši član osebja, skupinski in individualni psihoterapevtski stiki, seminarji s predstavitvijo primerov bolnikov in pogovor ob odpustu. Očitno je, da bolniki ne prebijejo veliko časa v medosebnih stikih z zdravniki in da le-ti služijo kot model sestram in bolničarjem.

Verjetno obstajajo še drugi viri. Psihiatrične institucije so trenutno v resnih materialnih stiskah. Skoraj povsod primanjkuje osebja, čas, ki ga ima osebje, je glavni dobiček. Jasno je, da se mora to nekje pokazati in ta nekje je stik z bolnikom. Toda čeprav je slab materialni položaj stvarnost, se njegov pomen lahko pretirano poudarja. Zdi se mi, da so psihološke silnice, ki pogojujejo razosebljanje, mnogo močnejše od materialnih in da večanje števila osebja v tem smislu ne bi ustrezno izboljšalo skrbi za bolnike. Tako npr. gostote sestankov osebja in ogromnih

količin dokumentacije, ki jo vodijo o bolnikih, niso tako temeljito zmanjšali kot prav stike z bolniki. Tudi v težkih časih obstajajo prioritete. V klasični bolnici stik z bolnikom ni prioriteta in materialni pritiski niso glavni vzrok za njihovo nizko raven. Izogibanje in razosebljanje pa morda sta.

Veliko zanašanje na psihotropna zdravila tiho prispeva k razosebljanju s tem, da osebe utrjuje v prepričanju, da se zdravljenje dejansko odvija in da z bolnikom zato nadaljnji stik ni potreben. Celo tu pa bi bila pri razumevanju vloge psihotropnih zdravil na mestu opreznost. Če bi bili bolniki močni in ne nemočni, če bi jih videli kot zanimive posameznike in ne kot diagnostične oznake, če bi bili socialno pomembni in ne socialni gobavci, če bi njihova stiska resnično in povsem zbudila naše simpatije in skrb, ali tedaj ne bi iskali stika z njimi, kljub vsej dostopnosti zdravil? Morda iz veselja ali užitka?

Posledice označevanja in razosebljanja

Kadarkoli se razmerje med tem, kar je znano, in tem, kar bi moralo biti znano, približuje ničli, poskušamo »vednost« iznajti in predvidevamo, da razumemo več, kot pa dejansko razumemo. Zdi se, da si preprosto ne zmoremo priznati, da ne vemo. Potrebe po diagnozi in ozdravljenju vedenjskih in čustvenih problemov so ogromne. Raje kot da priznamo, da smo šele na začetku razumevanja, bolnike še naprej označujemo kot »shizofrenike«, »manično-depresivne« in »duševno bolne«, kot da smo v teh besedah ujeli bistvo razumevanja. Že dolgo je znano, da diagnoze pogosto niso niti koristne niti zanesljive, vendar jih kljub temu še naprej uporabljamo. Zdaj vemo, da ne moremo razlikovati duševne bolezni in zdravja. Človeka potre, ko to informacijo vključi v svoja razmišljanja.

Ne le potre, temveč tudi prestraši. Začneš se spraševati, koliko je duševno zdravih v naših psihiatričnih ustanovah, pa se jih kot takšnih ne prepozna. Koliko jih je brez potrebe izgubilo državljanske pravice, od pravice do glasovanja in vožnje do delazmožnosti? Koliko jih je duševno bolezen hlinilo, da bi se izognilo pravnim posledicam za svoja dejanja, in narobe, koliko bi jih raje bilo sodno obravnavanih, kakor da brez konca živijo v psihiatrični bolnici, pa so zmotno označeni za duševno bolne? Koliko jih je bilo ožigosanih z dobronamernimi, a kljub temu napačnimi diagnozami? In končno, spomnite se znova, da »napake tipa 2« v psihiatrični diagnostiki nimajo enakih posledic kot pri drugih medicinskih diagnozah. Če se pokaže, da je bila diagnoza rak napača, je to razlog za slavo. A za psihiatrične diagnoze se le redko ugotovi, da so napačne. Oznaka ostaja prilepljena, znak neustreznosti ostaja za večno.

In končno, koliko bolnikov bi bilo zunaj psihiatrične bolnice »zdravih«, v bolnici pa se zdijo duševno bolni - ne zato, ker je v njih norost, temveč ker se odzivajo

na bizarne okoliščine, na okolje, ki je podobno institucijam, ki dajejo zavetje ljudem iz nizkih družbenih slojev? Goffman (19) imenuje proces socializacije v takih ustanovah mortifikacija (odmiranje). Metafora je na mestu, ker vključuje procese razosebljanja, ki sem jih opisal. In čeprav je nemogoče vedeti, ali so odzivi psevdopacientov na te procese značilni za vse v bolnico sprejete bolnike - konec koncev niso bili pravi bolniki - je težko verjeti, da ti socializacijski procesi v psihiatrični bolnici dajejo koristne vzorce odnosov in navade odzivanja za življenje v realnem, »pravem svetu«.

Povzetek in zaključek

Jasno je, da v psihiatričnih bolnicah ne moremo razlikovati duševno zdravega od duševno bolnega človeka. Bolnica ustvarja svojo lastno resničnost, v kateri zlahka pride do napačnega razumevanja vedenj. Posledice, ki jih pušča tako okolje hospitaliziranim bolnikom - nemoč, razosebljanje, segregacija - ločenost, mortifikacija - odmiranje in označevanje osebnosti - so nedvomno protiterapevtske.

Tudi sedaj problema še vedno ne razumem dovolj dobro, da bi videl rešitve, vendar menim, da sta obetavni dve stvari. Prva je razmah javnih mentalno-higienskih dejavnosti - centrov za krizne intervencije, gibanj za razvoj človeških potencialov in vedenjskih terapij, ki se kljub vsem svojim težavam poskušajo izogniti psihiatričnim oznakam in se osredotočajo na specifične probleme in vedenja, ter na to, da zadržijo posameznika v relativno neškodljivih okoljih. Kolikor bolj se bomo poskušali vzdržati tega, da ljudi v stiski pošiljamo v nezdrava okolja, tem manj bodo izkrivljeni naši vtisi o njih. (Zdi se mi, da je tveganje izkrivljene zaznave vedno prisotno, ker smo mnogo bolj občutljivi na posameznikovo vedenje in besede kot na subtilne dražljaje konteksta, ki jih često pogojujejo. V našem primeru gre za vprašanje obsega tega pojava. In kot sem pokazal, je obseg izkrivljanja percepcije zelo visok v tako ekstremnem kontekstu, kot je psihiatrična bolnica.)

Drugo, kar bi se lahko pokazalo kot obetavno, govori o potrebi, da se poveča občutljivost mentalno-higienskih delavcev in raziskovalcev za položaj psihiatričnih bolnikov, ki je podoben tistemu v romanu »Catch 22«. Nekaterim delavcem in raziskovalcem bi pomagalo že branje čtiva s tega področja. Za druge bi bila zelo uporabna izkušnja neposredne psihiatrične hospitalizacije. Jasno je, da bi nadaljnje socialno psihološko raziskovanje takih totalnih institucij po eni strani olajšalo zdravljenje in po drugi strani poglobilo razumevanje.

Jasno je, da smo se jaz in drugi psevdopacienti v psihiatričnem okolju odzivali negativno. Ne potegujemo se za to, da bi opisali subjektivne izkušnje dejanskih bolnikov. Njihove so morda drugačne od naših, še posebej, ko preteče določen čas

in ko se odvije proces prilagajanja okolju. Lahko pa govorimo, in to tudi počnemo, o relativno bolj objektivnih pokazateljih zdravljenja znotraj bolnice. Napaka bi bila - in to zelo neprijetna -, če bi menili, da je to, kar smo doživeli, posledica zlobe in neumnosti dela osebja. Ravno obratno, naš prevladujoči vtis o njih je bil, da gre za resnično skrbne ljudi, predane delu in neobičajno inteligentne. Ko gre za njihove napake - in včasih so bile prav boleče - bi jih bilo ustrezneje pripisati okolju, v katerem so se tudi sami nahajali, kot pa njihovi osebni brezčutnosti in nemarnosti. Njihovo dožemanje in vedenje je bolj pogojeval kontekst situacije kot pa motivi zlobnih namenov. V bolj benignem okolju bi bilo lahko osebje, ki bi se manj oklepalo univerzalnih diagnoz vedenj, v svojih presojah benignejše in učinkovitejše.

Viri

- ASCH, Solomon E., Forming impressions of personality, *Journal of Abnormal and Social Psychology* 41, 1946, 258.
- ASCH, Solomon E., *Social Psychology*, Prentice Hall, New York, 1952.
- ASCH, P., The reliability of psychiatric diagnoses, *Journal of Abnormal and Social Psychology* 44, 1949, 272.
- BARRY, A., *Bellevue Us a a State of Mind*, Harcourt Brace Jovanovich, New York, 1971.
- BECK, A.T., Reliability of psychiatric diagnoses:I. A critic of systematic studies, *American Journal of Psychiatry* 119, 1962, 210-216.
- BECKER, H., *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*, Free Press, New York, 1963.
- BELKNAP, E., *Human Problems of a State Mental Hospital*, McGraw-Hill, New York, 1956.
- BENEDICT, R., Anthropology and the abnormal, *Journal of General Psychology* 10, 1934, 59-82.
- BOISEN, A.T., Types of dementia praecox - A study in psychiatric classification, *Psychiatry* 2, 1038, 233-236.
- BRAGINSKY, B.M., BRAGINSKY, D.D. and RING, K., *Methods of Madness: The Mental Hospital as a Last Resort*, Holt, Rinehart and Winston, New York, 1969.
- BRUNER, J.S. and Tagiruri, R., The perception of people. V: *Handbook of Social Psychology* (G. Lindzey, eds.), Addison-Wesley, Cambridge, Massachusetts, 1954, pp. 634-654.
- BRUNER, J.S., SHARPIO, D. and TAGIURI, R., The meaning of traits in isolation and combination. V: *Persons Perception and Interpersonal Behavior* (R. Tagiuri and L. Petrullo, eds.) Stanford University Press, Standford 1958, pp. 277- 288.
- CAUDILL, William, REDLICH, Frederic C., GILMORE, Helen R. and BRODY, Eugene, Social structure and interaction proces ses on a psychiatric ward, *American Journal of Orthopsychiatry* 22, 1952, 314.
- CROCETTI, G.M. and LEMKAU, P.V., On rejecton of the mentally ill, *American Sociological Review* 30, 1965, 577.
- CUMMING, John and Elanie, On the stigma of mental illnes, *Community Mental Health Journal* 1, 1965, 135-143.
- FARINA, A. and RING, K., The influence of percived mental illness on interpersonal relations, *Journal of Abnormal Psychology* 70, 1965, 47.
- FREEMAN, H.G. and SIMMONS, O.G., *The Mental Patient Comes Home*, Wiley, New York, 1963.
- FREUDENBERG, R.K. and ROBERTSON, J.P., Symptoms in relation to psychiatric diagnosis and treatment. *Archives of Neurology and Psychiatry* 76, 1956, 14-22.
- GOFFMAN, Erving, *ASYLUMS*, Doubleday, Garden City, New York, 1961.
- GOFFMAN, Erving, *Behavior in Public Places*, Free Press, New York, 1969.
- GOLDMAN, A.R., et. al. On posing as mental patients: Reminiscences and recommendations, *Professional Psychology* 1, 1970, 427.
- GOVE, W.R., Societal reaction as an explanation of mental illness: An evaluation, *American Sociological Review* 35, 1970, 873.
- HOLLINGSHEAD, A. and REDLICH, F.C., *Social Class in Menial Illness: A Community Study*, Willey, New York, 1958.
- JOHANNSEN, W.J. Attitudes toward mental patients; a review of empirical research, *Mental Hygiene* 53, 1969, 218.
- KRITMAN, N., The realibility of psychiartic assessment: An analysis, *Journal of Mental Science*, 107, 1961, 887-908.
- KREITMAN, N. et. al. Reliability of psychiatric diagnosis, *Journal of Mental Science* 107, 1961, 876-886.
- LAING, Roland D., *The Divided Self*, Quadrangle, Chicago, 1960.

- LINSKY, Arnold S., Who shall be excluded? The influence of personal attributes in community reaction to the mentally ill., *Social Psychatry* 5, 1970, 166-171.
- MENSH, I.N. and EISHNER, J. Arch on »Forming impressions on personality«, Further evidence, *Journal of Personality* 16, 1947, 188.
- MISCHEL, Walter, *Personality and Assessment*, Wiley, New York, 1968.
- NUNNALLY, J.C., *Popular Conceptions of Mental Health*, Rinehart and Winston, New York, 1961.
- PHILLIPS, D.L., Rejections: A possible consequence of seeking help for mental disorder, *American Sociological Review* 28, 1963.963.
- PHILLIPS, L. and DRAGUCS, J.G., Classification of behavior disorders. *Annual Review of Psychology* 22, 1971, 447- 482.
- ROSENTHAL, Robert and JACOBSON, Leonore, *Pygmalion in the Classroom*, Holt, Rinehart and Winston, New York, 1968.
- SARBIN, Theodore R., On the futility of proportion that some people should be labelled »mentally ill«. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 31, 1961, 447-453.
- SARBIN, Theodore R. and MANCUSO, J.C., Failure of a moral enterprise:Attitudes of the public toward mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 35, 1970, 159-179.
- SARBIN, Theodore R., Schizophrenia is a myth, born of methaphor, meaningless, *Psychology Today* 6, 1972, 18.
- SCHEFF, T.J., *Being Mentally ill: A Sociological Theory* Doubleday, Garden City, New York, 1961.
- SCHMITT, H.O. and Fonda, C.P., The reliability of psychiatric diagnosis: A new look, *Journal of Abnormal and Social Psychology* 52, 1956, 262.
- SCHUR, E., Reactions to deviance: A crtical assessment. *Amen cal Journal of Sociology* 75, 1969, 309.
- SEEMAN, W., Psychiatric diagnosis: Am investigation of interperson reliability after didactic instruction. *Journal of Nervous and Mental Disease* 118, 1953.
- STANTON, A. H. and SCHWARTZ, M.S. *The Mental Hospital: A Study of Institutional Participations in Psychiatric illness and Treatment*, Basic Books, New York, 1954.
- SZASZ, Thomas S., *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Mental Illness*, Hoeber-Harper, New York, 1963.
- SZASZ, Thomas S., *Law, Liberty and Psychiatry*, Macmillian, New York, 1963.

Prevedel Miran Možina