

## Zdravi v bolnem okolju\*

David L. Rosenhan

Če obstajata duševno zdravje in duševna bolezen, kako ju bomo prepoznali? Vprašanje ni niti muhasto niti samo po sebi noro. Ne glede na to koliko smo lahko osebno prepričani, da lahko ločimo normalno od nenormalnega, očitnih dokazov za to ni. Često lahko npr. beremo o sojenjih morilcem, v katerih znani psihiatri obrambe prihajajo v nasprotje z znanimi psihiatri tožilstva o tem, ali je obtoženi duševno bolan ali ne. Na splošno obstaja veliko nasprotujočih si podatkov o takih nazivih kot so: duševno zdravje, duševna bolezen in shizofrenija (3, 5, 9, 25, 26, 33, 39, 41)\*\*. Končno je že leta 1934 Benedict (8) pokazala, da normalnost in nenormalnost nista univerzalni. Kar je normalno v eni kulturi, je lahko v drugi popolnoma nenormalno. Torej razlikovanje normalnosti in nenormalnosti ni tako natančno, kot ljudje verjamejo.

Postaviti vprašanje normalnosti in nenormalnosti ne pomeni postaviti pod vprašanje dejstva, da so nekatera obnašanja odklonska in čudna. Ūmor je odklonsko vedenje, prav tako halucinacije. Postavljanje takega vprašanja prav tako ne zanika obstoja osebne stiske, ki se jo pogosto povezuje z "duševno boleznijo". Strah in depresija obstajata. Obstaja psihično trpljenje. Toda normalnost in nenormalnost, duševno zdravje in duševna bolezen ter diagnoze, ki izhajajo iz njih, so morda manj pomembne, kot mnogi verjamejo.

V bistvu je vprašanje ali se zdravo lahko loči od bolnega (in ali se lahko med seboj ločijo različne stopnje duševne bolezni) preprosta stvar: ali so pozornost zbujujoče značilnosti, ki vodijo do diagnoze, prisotne v samih pacientih, ali pa v okolju in kontekstih, v katerih jih najdejo opazovalci?

\* Prevod članka "On Being Sane in Insane Places" iz knjige *The Invented Reality - How Do We Know What Believe We Know*, edited by Paul Watzlawick, WW Norton Company, New York. Je rahlo razširjena verzija članka z enakim naslovom, ki je bil najprej objavljen v reviji *Science* 179, 19 January 1973, str. 250- 258.

\*\* Številke v oklepaju se nanašajo na bibliografske enote, ki so navedene na koncu teksta.

Od Bleulerja prek Kretschmerja do pred kratkim popravljenega *Diagnostic and Statistical Manual* ameriškega psihiatričnega združenja se vleče trdno prepričanje, da pacienti kažejo simptome, da se lahko te simptome kategorizira, in implicitno, da je zdravo mogoče razlikovati od duševno bolnega. V zadnjem času pa je to prepričanje postalo vprašljivo. Na temelju teoretičnih in antropoloških, pa tudi filozofskih, pravnih in terapevtskih razmišljanj se razvilo mnenje, da je psihološka kategorizacija duševnih bolezni v najboljšem primeru nekoristna in da je v najslabšem primeru škodljiva, zapeljujoča in razvrednotujoča. Po tem mnenju so psihiatrične diagnoze le v glavah opazovalcev in povzetki značilnosti, ki jih kažejo opazovani, niso veljavni (8, 10, 14, 19, 20, 22, 27, 32, 36, 38, 43, 44).

Do odkritij, ki bi pomagala pri odločitvi, katero od teh mnenj je bolj ustrezno bi lahko prišli, če bi normalne ljudi (to je ljudi, ki nimajo in niso nikoli imeli simptomov resnih psihiatričnih motenj) sprejeli v psihiatrične bolnice in bi potem ugotovili, ali jim je psihiatromu spelo odkriti, da so zdravi, in, če so, kako. Če bi zdravje takih psevdopacientov vedno odkrili, bi bil to dokaz iz prve roke, da lahko zdravega posameznika ločimo od nezdravega konteksta, v katerem se znajde. Normalnost (in verjetno nenormalnost) bi potemtako bila dovolj izrazita, da bi jo lahko prepoznali kjerkoli se pojavi, ker jo posameznik nosi v sebi. Če po drugi strani zdravja psevdopacientov nikoli ne bi odkrili, bi to pomenilo resne težave za tiste, ki podpirajo tradicionalne načine psihiatričnega diagnosticiranja. Izvid bi podprl mnenje, da pove psihiatrična diagnoza malo o pacientu in veliko o okolju, v katerem ga najde opazovalec.

Ta članek opisuje tak poskus. Osmim zdravim ljudem je uspel tajen sprejem v dvanajst različnih bolnic (podatki o devetem psevdopacientu niso vključeni v to poročilo, ker je, kljub temu, da njegovo zdravje ni bilo odkrito, potvoril vidike svoje osebne zgodovine, vključno s svojim zakonskim statusom in z odnosom do staršev; njegovo vedenje med v poskusom zato ni bilo enako vedenju drugih psevdopacientov). Njihove izkušnje z diagnozami tvorijo prvi del članka; drugi del je posvečen opisu njihovih izkušenj v psihiatričnih institucijah. Premalo psihiatrov in psihologov, celo tistih, ki delajo v takih bolnicah, ve, kakšna je taka izkušnja. Redko se o tem pogovarjajo z bivšimi pacienti, mogoče zato, ker ne zaupajo informacijam, ki prihajajo od nekdanjih duševnih bolnikov. Tisti, ki so delali v psihiatričnih bolnicah, so se verjetno tako zelo prilagodili temu okolju, da so na vpliv teh izkušenj postali neobčutljivi. Čeprav obstajajo poročila o raziskovalcih, ki so se dali sprejeti v psihiatrične bolnice, zanje velja, da so običajno ostali v bolnici za krajša obdobja. Često so poznali osebe bolnice. Zato je težko

vedeti, do kolikšne mere so jih obravnavali kot bolnike. Kakorkoli, njihova poročila o notranjosti psihiatričnih bolnic so bila dragocena.

Ta članek njihove napore še razširja.

## Pseudopacienti in njihovo okolje

Osem pseudopacientov 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. Trije pseudopacienti 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 v 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 naklanjalo osebje kot izraz prijaznosti in previdnosti do bolnih kolegov.

Poleg osebnih težav, ki jih pseudopacienti verjetno doživijo v bolnici, so tudi pravne in socialne. Vse te težave zahtevajo precejšnjo pozornost pred vstopom v bolnico. Npr., ko je nekdo sprejet v psihiatrično bolnico, je težko, če ne nemogoče, da bi bil v kratkem času odpuščen, kljub državnemu zakonu. Ob zagonu projekta nanje nisem bil pozoren. Kasneje pa smo pripravili vse potrebne pravne dokumente za vsakega sprejetega pseudopacienta in en odvetnik je bil v času vsake hospitalizacije v stalni pripravljenosti. Hvaležen sem Johnu Kaplanu in Robertu Bartelsu za pravne nasvete in pomoč v teh zadevah. Z izjemo mene (bil sem prvi pseudopacient in za mojo navzočnost sta vedela član bolnišnične uprave in vodja psihološke službe, in, kolikor je meni znano, sta bila onadva edina) bolnišnično osebje ni vedelo za prisotnost pseudopacientov in za naravo raziskovalnega programa. (Ne glede na to, kako neokusno je takšno prikrivanje, je bil to nujno potreben 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 prišlo, posledica diagnostične bistroumnosti osebja ali pa posledica dejavnosti bolnišnične mreže govoric. Zato sem seveda zavaroval anonimnost pseudopacientov in odstranil vse ključne, ki bi lahko pripeljali do njihove identifikacije).

Podobno so bila tudi okolja različna. Da bi naša odkritja lahko posplošili, smo poskušali doseči sprejem v različne bolnice. Dvanajst bolnic v vzorcu se je nahajalo v petih različnih državah ZDA, na vzhodni

in zahodni obali. Nekatere so bile stare in siromašne, druge pa precej novejše. Nekatere so bile bolj raziskovalno usmerjene, druge ne. Nekatere so imele ugodno razmerje osebje - bolniki, druge so imele precejšen primankljaj osebja. Samo ena bolnica je bila povsem privatna. Vse druge so sredstva prejemale tudi iz državnih in regionalnih skladov in v enem primeru iz univerzitetnih skladov.

Potem, ko so telefonirali v bolnico za zmenek, so psevdopacienti prišli v sprejemne ambulante in povedali, da slišijo glasove. Če so jih vprašali, kaj glasovi pravijo, so odgovorili, da so pogosto nejasni, toda kolikor so lahko razumeli, so glasovi govorili "v prazno", "jalovo" in "votlo". Glasovi niso bili znani in so bili istega spola kot psevdopacienti. Te simptome smo izbrali zaradi njihove podobnosti eksistencialnim simptomom ki naj bi izhajali iz boleče zaskrbljenosti zaradi doživljanja nesmiselnosti življenja. To je tako, kot da bi tisti, ki halucinira, govoril: "Moje življenje je prazno in nesmiselno." Za izbor teh simptomov smo se odločili tudi zato, ker v literaturi ni nobenega opisanega primera eksistencialne psihoze.

Poleg navajanja simptomov, potvarjanja imen, poklicev in mesta njihove zaposlitve, posameznikov, njihove osebne zgodovine ali okoliščin nismo v ničemer spremenili. Pomembne dogodke iz življenjskih zgodov in psevdopacientov smo navajali tako, kot so se dejansko zgodili. Psevdopacienti so odnose s starši in sorojenci, z zakonskimi parterji in otroci, s kolegi na delovnem mestu opisovali takšne, kakršni so dejansko bili in kakor so se odvijali. Frustracije in strese smo opisali skupaj z veselji in zadovoljstvi. Ta dejstva si velja zapomniti. Če nič drugega zato, ker naj bi pomembno vplivala na poznejše rezultate v smislu, nagibanja tehtnice v prid odkrivanja duševnega zdravja, saj nobena od teh osebnih zgodov in nobeno trenutno vedenje ni bilo resno patološko v kateremkoli smislu.

Takoj po sprejemu na psihiatrični oddelek so psevdopacienti prenehali s simuliranjem vseh simptomov abnormalnosti. V nekaterih primerih je sledilo kratko obdobje lažje nervoze in tesnobe, saj nihče od psevdopacientov ni pričakoval, da bo tako zlahka sprejet. V bistvu je bilo vse strah, da bodo zelo hitro odkriti kot goljufi in da se bodo znašli v veliki zadregi. Poleg tega mnogi med njimi niso bili nikoli na psihiatričnem oddelku. Tudi tisti, ki so tam že bili, so imeli nekaj resničnih strahov, kaj bi se jim morda lahko zgodilo. Njihova nervoza je bila torej povsem ustrena neobičajni novosti psihiatričnega okolja in je kmalu pojenjala.

Ne glede na to kratkotrajno nervozo se je psevdopacient na oddelku obnašal tako, kot se je "normalno" obnašal v svojem življenju. Psevdopacient se je s pacienti in osebjem pogovarjal tako, kot bi se običajno.

Ker je možnosti za aktivnost na psihiatričnem oddelku silno malo, je druge poskušal vplesti v pogovor. Ko ga je osebe vprašalo, kako se počuti, je povedal, da je v redu, da simptomov ne doživlja več. Ubogal je navodila strežnikov, pozive za jemanje zdravil (ki jih ni pogoltnil) in navodila v jedilnici. Poleg teh aktivnost, je svoj čas izkoristil za zapisovanje svojih opazovanj o oddelku, pacientih in osebju. Na začetku je te zapiske delal "na skrivaj", a čim se je pokazalo, da ni za to nikomur nič mar, jih je delal na navadne liste papirja v javnem, npr. dnevnem prostoru. V zvezi s to svojo dejavnostjo ni ničesar več skrival.

Pseudopacient je bil, prav tako kot pravi psihiatrični bolnik sprejet v bolnico, ne da bi lahko predvideval, kdaj bo odpuščen. Vsakemu je bilo rečeno, da se bo moral ven izvleči s svojo lastno iznajdljivostjo, še najbolj s tem, da bo osebe prepričal, da je zdrav. Psihološki stres, povezan s hospitalizacijo, je bil precejšen in razen enega so si vsi pseudopacienti želeli, da bi bili takoj po sprejemu odpuščeni. Tako niso bili motivirani le za to, da bi se obnašali zdravo, ampak tudi za to, da bi bili pravi vzori sodelovanja. Da njihovo obnašanje nikakor ni bilo razdiralno, so potrdili zapiski iz raportnih poročil bolniških sester. Ta poročila so enoglasno pokazala, da so bili pacienti "prijateljski", "sodelujoči" in "da niso kazali nobenih znakov abnormalnosti".

## Normalnih ni bilo moč prepoznati za zdrave

Kljub temu, da so bili v javnem življenju priznani kot duševno zdravi, pseudopacientov niso odkrili. Tisti, ki so bili sprejeti z diagnozo shizofrenija, so bili - razen v enem primeru - vsi odpuščeni z diagnozo shizofrenija "v remisiji". (Zanimivo je, da je od dvanajstih sprejetih enajst dobilo diagnozo shizofrenija in eden - z isto simptomatologijo - 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).)

Oznake "v remisiji" nikakor ne bi smeli odpraviti kot formalnosti, kajti med potekom vseh hospitalizacij ni bilo niti enkrat sproženo vprašanje o simulaciji pseudopacientov, v bolnišničnih dokumentacijah nobenega zapisa o tem, da bi kdo posumil v status pseudopacientov. Narobe, obstajajo tehtni dokazi, da so, ko so bili enkrat označeni za shizofrenike, pseudopacienti ostali s to oznako zlepljeni. Da bi bil odpuščen, je pseudopacient moral seveda biti v "remisiji", s stališča institucije pa ni bil zdrav, ne prej ne zdaj.

Vsesplošnega neuspeha v prepoznavanju duševnega zdravja ne moremo pripisati kvaliteti bolnic, kajti čeprav so bile med njimi precejšnje razlike, so bile nekatere priznane kot odlične. Neuspeha ne bi mogli povezati s tem, da za opazovanje psevdopacientov preprosto 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 navadah v psihiatričnih bolnicah kot pa o primanjkljaju možnosti.

Končno, ne moremo reči, da je neuspeh v prepoznavanju duševnega zdravja psevdopacientov posledica tega, da se niso zdravo obnašali. Čeprav je bila seveda pri vseh prisotna določena napetost, njihovi dnevni obiskovalci in drugi bolniki niso mogli zaznati nobenih resnejših vedenjskih posledic. Pogosto so zdravlje psevdopacientov "odkrili" pacienti. V toku prvih treh hospitalizacij, je po natannčnem 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 njihovo neprestano zapisovanje opažanj. Vi preverjate bolnico." Medtem ko je vztrajanje psevdopacientov, da so bili bolni, preden so prišli v bolnico, da pa se sedaj počutijo dobro, prepričalo večino bolnikov, so nekateri še naprej verjeli, da je bil psevdopacient zdrav ves čas hospitalizacije. (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 dokaznih podatkov o tem vprašanju, pa je naš jasan vtis vseeno bil, da ni šlo za to. V mnogih primerih nas pacienti niso le razločili, temveč so začeli tudi posnemati naša obnašanja in stile.) Dejstvo, da so bolniki pogosto prepoznali normalnost, medtem ko je osebe ni, sproža važna 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 bolezen tudi med zdravimi.

Toda, kar drži za medicino, za psihiatrijo ne drži povsem. Medicinske bolezni, čeprav neprijetne, niso slabšalne, peyorativne. Nasprotno pa psihiatrične diagnoze nosijo s sabo osebne, pravne in socialne pečate (15, 17, 24, 28). Zato je bilo pomembno ugotoviti, ali se lahko tendenca diagnosticiranja zdravega za nezdravega lahko obrne. Tako smo organi-

zirali naslednji poskus v raziskovalni in učni bolnici, katere osebje je slišalo za te rezultate in je dvomilo, da bi se take napake lahko zgodile v njihovi bolnici. Osebje je bilo obveščeno, da bo v določenem času v obdobju naslednjih treh mesecev eden ali več psevdopacientov poskušalo biti sprejetih v njihovo psihiatrično bolnico. Vsakega člana osebja so prosili, naj vsakega pacienta, ki se jim bo predstavil na sprejemu ali na oddelku, oceni, v skladu z verjetnostjo, da je pacient psevdopacient. Uporabljena je bila desetstopenjska lestvica. 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 - so vprašali za njihovo presojo. 41 pacientov je ocenil z visoko verjetnostjo, da so psevdopacienti, najmanj en član osebja, 23 jih je ocenil za sumljive najmanj en psihiater, 19 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 tendenca označevanja zdravih za nezdrave lahko obrne, ko so stave - v tem primeru prestiž in diagnostična ostrovidnost - visoke. A kaj bi lahko rekli o 19 individuih, ki sta jih en psihiater in še en član osebja osumila za "zdrave"! Ali so bili ti ljudje res "zdravi", ali je šlo bolj za to, da je osebje v prizadevanju, da bi se izognilo napaki tipa 2, začelo delati napako tipa 1 - t. j., da so nore označili za zdrave? Ni načina, da bi to zvedeli. Toda nekaj je gotovo. Katerikoli diagnostični proces, ki s tako lahkoto dela tako velikanske napake te vrste, ne more biti zelo zanesljiv in vreden zaupanja.

## Lepljivost psihiatričnih oznak

Razen tendence k označevanju zdravega za bolno, ki je bolj utemeljena pri diagnostičnem obnašanju ob sprejemu kot pa pri takem obnašanju v daljšem obdobju opazovanja, govorijo podatki o zelo veliki vlogi označevanja v psihiatričnem ocenjevanju. Ko je psevdopacient enkrat označen za shizofrenika, ne more storiti ničesar, da bi se odtrgal od te etikete. Etiketa globoko obarva percepcijo drugih o njem in o njegovem obnašanju. Spet je v zelo pravem pomenu besede zgrajena specifična "realnost".

Je gledišče, s katerega ti podatki niso presenetljivi, saj je že dolgo znano, da se elementom pripisuje pomen znotraj konteksta, v katerem

se pojavljajo. Geštalt psihologija je to dejstvo zelo poudarila in Asch (1) je pokazal, da obstajajo "centralne" osebne poteze, lastnosti (take kot sta npr. "topel" oz. "hladen"), ki so tako močne, da opazno obarvajo pomen drugih informacij v oblikovanju vtisa o določeni osebnosti (11, 12, 14, 46). "Duševno bolan", "shizofren", "manično - depresiven" in "nor" so med temi centralnimi 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 njih prezrli mnoga normalna obnašanja psevdopacientov, bodisi popolnoma bodisi so jih v veliki meri dezinterpretirali, 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 so verodostojno podajali osebne zgodovine in okoliščine. Te okoliščine niso bile psihotične. Kako to, da se lahko uglasile z diagnozo psihoze? Ali so bile narobe, diagnoze na tak način spremenjene, da so se lahko uglasile z okoliščinami v življenju psevdopacienta, kot so jih ti opisali?

Zdi se, da relativno zdravje okoliščin v življenju psevdopacientov v ničemer ni vplivalo na diagnoze, pač pa se je zgodilo obratno: diagnoza je popolnoma oblikovala percepcijo okoliščin. Nazoren primer delovanja tega mehanizma oblikovanja realnosti 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 sedanji 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 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 začena v zgodnjem otroštvu. Topel odnos do matere se je ohladil v času adolescence. Opisal pa je, da poprej hladen 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, v primeru otrok, klofute. Čeprav meni, da ima nekaj dobrih prijateljev, je tudi v teh odnosih čutiti vtikanost prejšnje ambivalence.*

Osebjem je v tem primeru nenamerno prikrojilo dejstva, da bi doseglo ujemanje s popularno teorijo o dinamiki shizofrene reakcije. Primer podobnega samozipolnjujočega prerokovanja, tokrat v zvezi s centralno potezo inteligence, je opisan v: Rosenthal in Lenore (34). 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 jo lahko našli 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 narobe, bilo bi pričakovano. Jasno je, da je bil pomen, ki je bi pripisan njegovi izpovedi (ambivalenca, čustvena nestabilnost), določen z diagnozo shizofrenija. Izpovedi 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 v glavah opazovalcev sprožilo vprašanja, kot jih dejansko tudi je - med pacienti. Bili smo prepričani, da bodo zapiski zbudili sum, zato smo skrbno pripravili vse, da bi jih lahko vsak dan sproti skrivoma odnašali z oddelkov. Toda ta previdnost se je izkazala za nepotrebno. Do dogodka, ki je nekoga iz osebjem zapiskom najbolj približal, je prišlo, 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 pomnjenjem, 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 prizadet, moten. In če je moten, potem mora biti stalno zapisovanje vedenjski pokazatelj te motenosti, morda del kompulzivnega obnašanja, ki je včasih povezano s shizofrenijo.

Ena od tihih značilnosti psihiatrične diagnoze je, da postavlja 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, denimo, sreča psevdopacienta, ki se sprehaja po oddelčnem hodniku. "Nervozen, gospod X?", ga vpraša. "Ne, dolgčas mi je," odvrne ta.

V zapiskih psevdopacientov je obilo primerov vedenj pacientov, ki jih je dobronamerno osebjem napačno interpretiralo. Nema lokrat 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 o tem, ali je morda pacienta k takemu obnašanju spodbudilo kaj iz okolja. Raje je takoj predpostavila, da gre njegovo razburjenje na račun njegove patologije, ne pa na račun njegovih sedanjih interakcij z drugim osebjem. V nekaterih priemrih 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 obnašanjem. 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-lakomno narave. Zdi se, da ga spoznanje o tem, kako malo je stvari v bolnici, ki jih je moč pričakovati, ni obšlo.

Psihiatrična oznaka proizvaja svojo lastno realnost in z njo svoje lastne učinke. Ko se izoblikuje vtis, da je bolnik shizofrenik, nastane pričakovanje, da bo shizofrenik tudi v prihodnje. Ko preteče dovolj dolgo obdobje, v katerem bolnik ni napravil nič bizarnega, se meni, da je v remisiji in je goden za odpust. Toda oznaka ostane, skupaj z nepotrjenim predvidevanjem, da se bo znova obnašal kot shizofrenik, tudi po odpustu. Take oznake, ki jih posredujejo strokovnjaki za duševno zdravje, zelo vplivajo tako na bolnika kot tudi na njegove sorodnike in prijatelje in nikogar ne bi smelo presenetiti, da diagnoza deluje nanje kot samoizpolnjujoče se prerokba. Sčasoma bolnik diagnozo z vsemi preostalimi pomeni in pričakovanji sprejme ter se prične v skladu s tem tudi obnašati (38). S tem, ko je to storil, se prilagodil konstrukciji medčloveške "realnosti".

Sklepi, ki jih je mogoče potegniti, so precej preprosti. Podobno kot sta Zigler in Phillips pokazala, da obstaja med izpovednimi simptomi pacientov in določenimi diagnozami zelo veliko prekrivanje (18, 47), obstaja tudi zelo veliko prekrivanje v obnašanjih duševno zdravih in duševno bolnih. Zdravi niso ves čas "zdravi". Često se razburimo "brez pravega razloga". Občasno smo depresivni ali anksiozni, spet brez pravega razloga. In često se nam v odnosih z drugimi zaplete - pogosto ne da bi temu lahko določili razlog. Podobno tudi duševno bolni niso vedno duševno bolni. Iz izkušenj življenja z bolniki je pri psevdopacientih nastal vtis, da so bili dolga obdobja 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 so zdaj na razpolago, da bi zaradi bizarnih

obnašanj lahko vse paciente označili za duševno bolne ali shizofrene. Koristneje se zdi, kot je to poudaril že Mischel (30), naše diskusije omejiti na obnašanja in dražljaje, ki jih sprožijo, in na njihove korelate.

Zakaj pride do tako močnih vtisov - kot so "nor" ali "duševno bolan" - o osebnostnih potezah, ni znano. Morda se, ko so izvori ali sprožilci obnašanja odmaknjeni ali neznani, ali ko se nam zdi obnašanje nespremenljivo, pojavijo oznake potez tistega, ki se na določen način obnaša. In obratno - ko so izvori in sprožilci znani in dostopni, je pogovor omejen na samo obnašanje. Potemtakem lahko haluciniram, ker spim ali ker sem zaužil določeno drogo. Te halucinacije označimo kot sanje ali z mamili sprožene halucicacije. 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 dvigniti simpatije družbe do psihično prizadetih z nivoja čarovnic in "norcev" do tistega, ki ga imajo fizično, somatsko 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 fizično, telesno bolnega. Zlomljena noga je nekaj, kar si človek pozdravi, duševna bolezen pa baje traja večno. Zlomljena noga ne ogroža opazovalca, toda nori shizofrenik? Do sedaj je zbranih zelo veliko dokazov za to, da so za odnos do duševno bolnih značilni strah, sovražnost, vzvišenost, brezbržnost, sumničavost (36, 37). Duševno bolni so družbeni gobavci.

Da je tak odnos razširjen med običajno populacijo, morda ni presenetljivo, je zgolj vznemirljivo. Da pa so s takim odnosom okuženi tudi strokovnjaki - strežniki, sestre, zdravniki, psihologi in socialni delavci - ki se ukvarjajo z duševno bolnimi in jih zdravijo, je bolj vznemirljivo, ker je tak odnos očitno škodljiv in nezaveden. Večina strokovnjakov za mentalno zdravje bo v vztrajala pri tem, da so duševno bolnim naklonjeni, 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 razmerja. Tu je tudi negativen odnos in zlahka ga lahko odkrijemo. Negativni odnos naj nas ne bi presentil.

Gre za naravne posledice oznak, ki jih nosijo bolniki, in mest, kjer se nahajajo.

Vzemimo strukturo tipične psihiatrične bolnice. Osebjem in pacientom je strogo ločeni. Osebjem ima svoje bivalne prostore, vključno z jedilnico, kopalnicami, stranišči in prostori za zbiranje in sestanke. Zastekljena področja za osebjem, ki so jih začeli psevdopacienti klicati "kletka", so postavljena v vsakem dnevnem prostoru. Osebjem iz njih stopi v glavnem zaradi strežbe - da razdeli zdravila, vodi trapevtski ali skupinski sestanek, daje pacientom navodila ali ukaze. Sicer se osebjem drži zase, kot bi bile težave, ki zadevajo njihove varovance, nalezljive.

Pravilo ločevanja osebjem in pacientov velja tako zelo, da je bilo potrebno v štirih bolnicah, kjer smo poskušali izmeriti, v kolikšni meri se osebjem družijo in pomeša s pacienti, uporabiti kot operacionalno merilo ti. "čas zunaj kletke za osebjem". Čeprav vsega časa zunaj kletke osebjem ni porabilo za druženje z bolniki (bolničarji so npr. občasno izstopili, da bi gledali televizijo v dnevnem prostoru), je to bil 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 porabljali za pogovore ali za igre z bolniki. Pokazalo se je, da je pri sestrah "odstotek časa za druženje" nemogoče izračunati, ker so zunaj kletke prebile prekratek časa. 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 ko so 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). Pokazalo se je, da je njihov čas težko ustrezno oceniti, ker so se pogosto ravnali po urniku, ki jim je dovoljeval, da prihajajo in odhajajo ob različnih urah.

O hierarhični organizaciji psihiatrične bolnice se je že govorilo (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 obnašanje - v glavnem preko opazovanja drugih - s tem, da so najmočnejši tudi najvplivnejši. Zategadelj ni razumljivo le to, da bolničarji od vseh članov osebja porabijo največ časa za bolnike, - to namreč terja njihovo mesto v hierarhiji - temveč hkrati tudi to, da, kolikor se tega lahko naučijo iz vedenja nadrejenih, prebijejo z bolniki tako malo časa, kot ga le morejo. V kletki, tj. tam, kjer so vzori, dogajanje in moč, prebijejo bolničarji največ časa.

Zdaj prehajam na drugo serijo raziskav, ki se ukvarja z odgovori osebja v primerih, ko bolnik da pobudo za stike. Že dolgo je znano, da je obseg časa, ki ga nekdo prebije z nami, pokazatelj našega pomema zanj. Če nekdo dvigne pogled in vzdržuje stik z očmi, je velika verjetnost, da presoja naše zahteve in potrebe. Če se nekdo ustavi z nami na klepetu, je to dodatni razlog, za sklep, da poudarja nas in naš pomem zanj.

V štirih bolnicah so se psevdopacienti približali članom osebja in postavljali vprašanja takšne oblike: "Oprostite, gospod (ali gospa ali doktor) X, ali mi lahko poveste, kdaj bom primeren, dovolj dober, da bom lahko sam hodil v kantino?" (Ali: "Kdaj bom predstavljen na sestanku osebja?") Medtem ko se je vsebina vprašanja spreminjala glede na ustreznost situacije in (navidezne) psevdopacientove potrebe, je bila oblika vprašanja vedno vljudna in ustrezna prizadevanju za informacijo. Posebno smo pazili, da se določenemu članu osebja nismo približali več kot enkrat na dan, da ne bi član osebja postal sumničav ali jezen.

Podatki te preiskave so prikazani v tabeli 1, ločeno za zdravnike (stolpec 1) ter sestre in bolničarje (stolpec 2). Ko gledamo te podatke, se spomnimo, da obnašanje psevdopacientov ni bilo niti bizarno niti moteče.

Tabela 1. Stik, ki je nastal na incitativo psevdopacientov s psihiatri, sestrami in bolničarji v primerjavi s stikom z ostalimi skupinami

	Psihiatrične bolnice		Univerza (nemedicinski) del	Univerzitetni klinični center		
	(1) Psihiatri	(2) Sestre in bolničarji	(3) Fakulteta	(4) "Iščem psihiatra"	(5) "Iščem internista"	(6) "Brez dodat. komentarja"
<i>odgovori-reakcije</i>						
Gre naprej, odvrtača z glavo %	71	88	0	0	0	0
Stik z očmi %	23	10	0	11	0	0
Se ustavi in se pogovarja %	2	2	0	11	0	10
Dolgo se ustavi in se izčrpno pogovarja (%)	4	0,5	100	78	100	90
Povprečno število odgovorov na 6 vprašanj	4	0,5	6	3,8	4,8	4,5
Število vprašanih	13	47	14	18	15	10
Število poskusov	185	128	14	18	15	10

## Neuporabno

Majhne razlike med temi štirimi bolnicami se prekrivajo z veliko stopnjo 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.

Srečanje je često imelo naslednjo bizarno obliko: (Psevdopacient:) "Oprostite, dr X. Ali 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 raziskavi 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. "Ali veste, kje je oddelek za kriminalistiko?" (Na Univerzi Stanford tega oddelka ni.)
3. "Ali vi tukaj poučujete?"
4. "Kako se vloži prošnja za sprejem na ekonomsko fakulteto (na medicinsko fakulteto)?"
5. "Je težko biti sprejet?"
6. "Se dobi 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 so 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 v univerzitetnem kliničnem centru. Tudi tu je s šestimi vprašanji nastopalo dekle.

Po prvem vprašanju pa je pri 18, ki jih je zastavila, dodala še (stolpec 4): "Iščem psihiatra" in pri 15 drugih (stolpec 5): "Iščem internista." Desetim drugim, ki so na vprašanje odgovorili, takega komentarja ni dodala (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 narobe, če tega ni, kaže to na izogibanje in razosebljanje. Podatki, ki sem jih doslej prikazal, ne kažejo dovolj na obsežne vsakdanje izkušnje, ki so se nabrale na temo razosebljanja in izogibanja. Imam poročila bolnikov, 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. Ne glede na to se je zdelo, da si o teh dogodkih ni nihče zastavljal vprašanj. Razdraženost je bila često kratkotrajna. Bolnik, ki ni slišal poziva k razdeljevanju zdravil, je bil ostro kritiziran in strežniki v jutranji izmeni so pogosto prebujali bolnike z: "Dajmo, vi kurbeži, ven iz postelji!" Niti anekdote, niti "suhi" znanstveni podatki ne morejo v popolnosti 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 jih družile, precej prevladovali nad njihovimi dozdevnimi 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 dati pobud za stike z osebjem, ampak lahko samo odgovarja na iztočnice, ki mu jih osebje ponudi. Osebna intimnost in zasebnost sta minimalni. Vsak član osebja ima pristop do življenskega prostora bolnikov in do njihove lastnine, vsak lahko zaradi kateregakoli razloga preiskuje vse, kar jim pripada. Bolnikova osebna zgodovina in osebna stiska je na razpolago kateremukoli članu osebja (pogosto so tu vključene tudi snažilke, praktikanti, ki so na oddelku zelo kratek čas, in drugi), ki se odloči prebrati del bolnikove dokumentacije, ne glede na to, v kakšnem terapevtskem odnosu je z njim. Pogosto se kontrolira in pazi na njegovo osebno higieno in na njegovo opravljanje potrebe. Stranišča so nemalokrat 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 napol javni sobi, po kateri je hodilo osebje po svojih opravkih, tako kot da nas ne bi bilo.

Strežniki so se na oddelku besedno spravljali 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 trenuku 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 se o njem živo pogovarja, kot da njega ne bi bilo.

Do zelo nazornega primera razosebljanja in nevidnosti je prišlo tudi v zvezi z zdravili. Pseudopacienti so dobili okoli 2100 tablet, vključno s trifluoperazinom (Triptazin), prochlorperazinom (Stemetil), chlorpromazinom (Largactil), amitriptilinom (Tryptizol), če naj jih naštejemo samo nekaj.

(Da so pseudopacienti dobili tako različna zdravila za enake simptome, je tudi samo po sebi vredno omembe). Pojedli so samo dve tableti. Ostale so bodisi spravili v žep bodisi odvrgli v straniščno školjko. Pseudopacienti niso bili edini, ki so to počeli. Čeprav nimam natančnih podatkov o tem, koliko bolnikov je zdravila zavračalo, drži, da so pseudopacienti v stranišču pogosto našli zdravila drugih bolnikov, preden so odvrgli svoja. Dokler so sodelovali, je obnašanje bolnikov kot tudi pseudopacientov glede te, kot tudi glede drugih važnih zadev, šlo mimo brez pripomb.

Reakcije pseudopacientov na tako razosebljanje so bile močne. 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 primerov: absolvent psihologije je prosil ženo, naj mu prinese njegove učbenike, da bi lahko "ujel študijske naloge, ki jih je moral opraviti", čeprav smo se dogovorili za cel varnostni sistem, da bi njegova poklicna usmerjenost ostala skrita. Isti študent, ki se je kar lep čas pripravljaj na hospitalizacijo in se je te izkušnje 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 pseudopacient 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 pseudopacient je začel izvajati psihoterapijo z drugimi bolniki - vse to so bili načini in poskusi, da bi postal nekdo, osebnost v razosebljeni realnosti.

## Viri razosebljanja

Kateri so viri razosebljanja? Dva sem že omenil. Prvi je odnos, ki ga vsi imamo do duševno bolnih - vključno s tistimi, ki jih zdravijo - odnos, za katerega so značilni strah, nezaupanje in grozljiva pričakovanja na

eni strani, 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 obnašanje navdihuje ostalo osebje. 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 so vključeni čas sprejemnega inetrjuja, 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 za 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 dobitok. Jasno je, da se mora to nekje pokazati in ta nekje je stik z bolnikom. Toda čeprav je slab materialni položaj dejanskost, je njegov pomen mogoče pretirano napihniti. 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. Gostota sestankov osebja in ogromne količine dokumentacije, ki jo vodijo o bolnikih, npr. niso bile tako temeljito zmanjšane kot prav stiki z bolniki. Obstajajo prioritete, tudi v težkih časih. Stik z bolnikom ni važna prioriteta v tradicionalni, klasični bolnici in materialni pritiski niso glavni povod za njihovo nizko raven. Izogibanje in razosebljanje pa morda sta.

Veliko zaupanje v psihotropna zdravila tiho prispeva k razosebljanju s tem, da osebje utrjuje v prepričanje, da se zdravljenje dejansko odvija in da z bolnikom zategadelj 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 zaradi veselja ali užitka?

## Posledice označevanja in razosebljanja

Kadarkoli se presek med tem, kar je znano, in tem, kar bi moralo biti znano, približuje prazni mreži, poskušamo "vednost" iznajti in pred-

videvamo, da razumemo več, kot pa dejansko razumemo. Zdi se, da 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 ne prepozna kot takšne? Koliko jih je brez potrebe izgubilo državljanske pravice, od pravice do glasovanja in vožnje do pravice delovne sposobnosti? 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 ožigosano z dobronamernimi, a kljub temu napačnimi diagnozami? In končno, spomnite se znova, da "napake tipa 2" v psihiatrični diagnozi nimajo enakih posledic kot pri drugih medicinskih diagnozah. Če se pokaže, da je bila diagnoza rak zmotna, je to razlog za slavlje. 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 reagirajo na bizarne okoliščine, na okolje, ki je podobno institucijam, ki dajejo zavetje ljudem nizkih slojev? Goffman (19) imenuje proces socializacije v takih ustanove mortifikacija (odmiranje) - metafora je na mestu, ker vključuje procese razosebljanja, ki sem jih opisal. In čeprav je nemogoče vedeti, ali so odgovori 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 reagiranja za življenje v realnem, "pravem svetu".

## Povzetek in zaključek

Jasno je, da v psihiatričnih bolnicah ne moremo razlikovati duševno zdravega od duševno bolnega. Bolnica ustvarja svojo lastno realnost, v kateri zlahka pride do napačnega razumevanja vedenj. Posledice, ki

jih pušča tako okolje hospitaliziranim bolnikom - nemoč, razosebljanje, segregacija - ločenost, motrifikacija - odmiranje in označevanje osebnosti - so nedvomno videti protiterapevtske.

Tudi sedaj problema ne razumem dovolj, da bi prišli do rešitev, vendar se zdi, da dve stvari nekaj obetata. Prva zadeva 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 obnašanja, ter na to, da zadržijo posameznika v relativno neškodljivih okoljih. Kolikor bolj se bomo poskušali vzdržati tega, da ljudi v stiski pošiljamo na nezdrava mesta, tem manj bodo izkrivljeni naši vtisi o njih. (Zdi se mi, da je riziko izkrivljene percepcije vedno prisoten, ker smo mnogo bolj občutljivi na posameznikovo obnašanje 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.)

Druga stvar, ki bi se lahko pokazala za obetajočo, govori o potrebi, da se poveča občutljivost, mentalno-higienskih delavcev in raziskovalcev za položaj psihiatričnih bolnikov, ki je podoben tistemu iz "Catch 22". Nekaterim delavcem in raziskovalcem bi pomagalo že branje čtiva iz tega področja. Za druge bi bila zelo uporabna izkušnja neposredne psihiatrične hospitalizacije. Jasno je, da bi nadaljevanje raziskovanja socialne psihologije takih totalnih institucij po eni strani olajšalo zdravljenje in po drugi strani poglobilo razumevanje.

Jasno je da smo, jaz in drugi psevdopacienti v psihiatričnem okolju reagirali 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 potrebni proces prilagajanja okolju. Lahko pa govorimo, in to tudi delamo, o relativno bolj objektivnih pokazateljih zdravljenja znotraj bolnice. Napaka bi bila, - in to zelo neprijetna - če bi menili, da gre to, kar smo doživeli, na rovaš zlobe in neumnosti dela osebja. Ravno narobe - 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 ustrežneje pripisati okolju, v katerem so se tudi sami nahajali, kot pa njihovi osebni breuzčnostni in nemarnosti.

Njihove percepcije in obnašanje 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 bolj benigno in učinkovitejše.

*Prevedel Miran Možina, dr. med.*

## Literatura

- 1 ASCH, Solomon E., Forming impressions of personality, *Journal of Abnormal and Social Psychology* 41, 1946, 258.
- 2 ASCH, Solomon E., *Social Psychology*, Prentice Hall, New York, 1952.
- 3 ASCH, P., The reliability of psychiatric diagnoses, *Journal of Abnormal and Social Psychology* 44, 1949, 272.
- 4 BARRY, A., *Bellevue Us a a State of Mind*, Harcourt Brace Jovanovich, New York, 1971.
- 5 BECK, A.T., Reliability of psychiatric diagnoses: I. A critic of systematic studies, *American Journal of Psychiatry* 119, 1962, 210-216.
- 6 BECKER, H., *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*, Free Press, New York, 1963.
- 7 BELKNAP, E., *Human Problems of a State Mental Hospital*, McGraw-Hill, New York, 1956.
- 8 BENEDICT, R., Anthropology and the abnormal, *Journal of General Psychology* 10, 1934, 59-82.
- 9 BOISEN, A.T., Types of dementia praecox - A study in psychiatric classification, *Psychiatry* 2, 1038, 233-236.
- 10 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.
- 11 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.
- 12 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, Stanford 1958, pp. 277- 288.
- 13 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.
- 14 CROCETTI, G.M. and LEMKAU, P.V., On rejection of the mentally ill, *American Sociological Review* 30, 1965, 577.
- 15 CUMMING, John and Elanie, On the stigma of mental illnes, *Community Mental Health Journal* 1, 1965, 135-143.
- 16 FARINA, A. and RING, K., The influence of percived mental illness on interpersonal relations, *Journal of Abnormal Psychology* 70, 1965, 47.
- 17 FREEMAN, H.G. and SIMMONS, O.G., *The Mental Patient Comes Home*, Wiley, New York, 1963.
- 18 FREÜDENBERG, R.K. and ROBERTSON, J.P., Symptoms in relation to psychiatric diagnosis and treatment. *Archives of Neurology and Psychiatry* 76, 1956, 14-22.
- 19 GOFFMAN, Erving, *ASYLUMS*, Doubleday, Garden City, New York, 1961.
- 20 GOFFMAN, Erving, *Behavior in Public Places*, Free Press, New York, 1969.
- 21 GOLDMAN, A.R., et. al. On posing as mental patients: Reminiscences and recommendations, *Professional Psychology* 1, 1970, 427.

- 22 GOVE, W.R., Societal reaction as an explanation of mental illness: An evaluation, *American Sociological Review* 35, 1970, 873.
- 23 HOLLINGSHEAD, A. and REDLICH, F.C., *Social Class in Mental Illness: A Community Study*, Willey, New York, 1958.
- 24 JOHANNSEN, W.J. Attitudes toward mental patients; a review of empirical research, *Mental Hygiene* 53, 1969, 218.
- 25 KRITMAN, N., The realibility of psychiatric assessment: An analysis, *Journal of Mental Science* 107, 1961, 887-908.
- 26 KREITMAN, N. et. al. Reliability of psychiatric diagnosis, *Journal of Mental Science* 107, 1961, 876-886.
- 27 LAING, Roland D., *The Divided Self*, Quadrangle, Chicago, 1960.
- 28 LINSKY, Arnold S., Who shall be excluded? The influence of personal attributes in community reaction to the mentally ill., *Social Psychiatry* 5, 1970, 166-171.
- 29 MENSCH, I.N. and EISHNER, J. Asch on "Forming impressions on personality", Further evidence, *Journal of Personality* 16, 1947, 188.
- 30 MISCHEL, Walter, *Personality and Assessment*, Wiley, New York, 1968.
- 31 NUNNALLY, J.C., *Popular Conceptions of Mental Health*, Rinehart and Winston, New York, 1961.
- 32 PHILLIPS, D.L., Rejections: A possible consequence of seeking help for mental disorder, *American Sociological Review* 28, 1963, 963.
- 33 PHILLIPS, L. and DRAGUCS, J.G., Classification of behavior disorders. *Annual Review of Psychology* 22, 1971, 447- 482.
- 34 ROSENTHAL, Robert and JACOBSON, Leonore, *Pygmalion in the Classroom*, Holt, Rinehart and Winston, New York, 1968.
- 35 SARBIN, Theodore R., On the futility of proposition that some people should be labelled "mentally ill". *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 31, 1961, 447-453.
- 36 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.
- 37 SARBIN, Theodore R., Schizophrenia is a myth, born of methaphor, meaningless, *Psychology Today* 6, 1972, 18.
- 38 SCHEFF, T.J., *Being Mentally ill: A Sociological Theory* Doubleday, Garden City, New York, 1961.
- 39 SCHMITT, H.O. and Fonda, C.P., The reliability of psychiatric diagnosis: A new look, *Jouranal of Abnormal and Social Psychology* 52, 1956, 262.
- 40 SCHUR, E., Reactions to deviance: A crtical assessment. *Americal Journal of Sociology* 75, 1969, 309.
- 41 SEEMAN, W., Psychiatric diagnosis: Am investigation of interperson reliability after didactic instruction. *Journal of Nervous and Mental Disease* 118, 1953.
- 42 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.
- 43 SZASZ, Thomas S., *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Mental Illness*, Hoeber-Harper, New York, 9163.
- 44 SZASZ, Thomas S., *Law, Liberty and Psychiatry*, Macmillian, New York, 1963.