

Darja Zaviršek

## PSIHIATRIČNI ODDELEK MED BOLEZNIJO IN NJENO KULTURNO MANIFESTACIJO

ŠTUDIJA PRIMERA

(II)

### PROSTOR, ČAS IN SIMBOLNA ORGANIZACIJA

Psihiatrična bolnica Polje je bila prva bolnišnica za duševne bolezni pri nas. Locirana je bila na robu mesta, obkrožena s polji, fužinskim gradom in z obzidjem. Zid so leta 1970 podrli, da bi s tem tudi pri nas zaznamovali konec velikega zapiranja. Zato se psihiatrične bolnice Polje držijo številne stigme, ki s svojimi palimpsestnimi nanosi pripovedujejo dolgo zgodovino institucije. Še danes je mogoče slišati zmerljivko: "Tale je samo še za na Studeneč!" Na Štajerskem, ki gravitira k Hrastovcu, je mogoče slišati starejše ljudi, kako pravijo: "Tale je bil pri papeževi gardi." To pomeni, da je prišel iz Hrastovca ali pa iz ene od psihiatričnih bolnic v tisti regiji.

Ljudje v bolnici pripovedujejo, da se odnos drugih ljudi do njih spremeni, ko izvedo, kje so bili. Ženska ni stigmatizirana, ker bi bila podvržena določeni obravnavi, temveč zaradi prostora, v katerem se je nahajala. Ljudi ne zanima, kaj se s človekom dogaja, saj je tisto, kar nosi stigmo, ustanova sama. Tudi danes je Psihiatrična klinika Polje prostor stigme *par excellence*, deloma zaradi ljudi, ki prihajajo vanj, in deloma zaradi statusa, ki ga je pridobila v zgodovini. Socialni status institucije stigmatizira paciente, nekdanje paciente, pa tudi osebje, ki dela v njej, in celo raziskovalke, kakršna sem sama.

Taka stigma se mi je pripela na začetku raziskovanja v Polju jeseni 1992. Na šoli sem svojo tritedensko odsotnost poimenovala "hospitalizacija", kar je prišlo na uho starejšim

socialnim delavkam, ki so začele znova obiskovati predavanja na novi visokošolski ustanovi. Ko sem po treh tednih imela pred temi ljudmi prvo predavanje iz antropologije zdravja, sem v odmoru prestregla dolge in pomenljive poglede, ki so me opazovali drugače kot sicer. Začela sem se spraševati, kaj pomenijo. Med drugim odmorom je stopila k meni stara znanca in me kar naravnost vprašala, "če sem bila res v bolnici". Takoj sem si razložila govorico pogledov, in ko sem spet začela predavati, sem to zgodbo uporabila za prikaz procesa stigmatizacije v starem grškem pomenu žiga, ki so ga vtisnili na telo sužnja. Odrasle socialne delavke z večinoma dolgoletno delovno prakso so iskale pečat, ki mora biti viden, če sem bila v psihiatriji. Če se ničesar ne najde, se stigma lahko prilepi na najbolj arbitrarne stvari, ki so povsem "normalne" za ljudi, ki so brez nje: na to, da mi iz rok pade kreda, da se ustavim sredi stavka in ne vem več, kaj sem hotela povedati, da pozabim, kdaj smo se zmenili, da bo odmor, ipd. Vse tisto, kar je za človeka brez stigme "normalno", postane za tistega, ki je zaznamovan, le dokaz stigme same. Če bi bila v bolnici brez tolikšne pomenske moči, bi me ljudje gledali drugače. Tisto, kar je socialne delavke vendarle razlikovalo od drugih, je bila njihova socialna interpretacija dogodka, saj je bila večina prepričana, da sem doživela "psihični zlom", ker sem "preveč delala".

Drugi del zgodbe govori o tem, kako dolgo se človeka stigma drži in koliko je treba, da se je znebi. Čeprav sem na predavanju javno povedala nekaj zgodb, ki so bile del akcijskega

raziskovanja v Polju in naj bi tudi pojasnile razloge za "psihiatrično hospitalizacijo", in čeprav je Vito Flaker na predavanjih o zgodovini dezinstitutionalizacije uporabil mojo zgodbo za uvod v Goffmanovo kritično analizo totalne ustanove, mi je referentka za študijske zadeve Terezija Rešek čez kakšen mesec prišla povedat, da "nekatero študentke še vedno sprašujejo, ali sem že prišla iz bolnice".

To ugotavlja tudi Christine Perring (1990), ki je v svoji raziskavi o prehodu ljudi z dolgotrajno hospitalizacijo iz bolnice v skupnost ugotovila, da se je socialna stigma, ki so jo ljudje dobili zato, ker so dolga leta prebili v stigmatizirani instituciji, obdržala.

Prav gotovo je psihiatrična bolnica polna negativnih etiket tudi zato, ker opravlja najrazličnejše socialne funkcije: je bolnica, dom za ostarele, socialna ustanova, krizni center, svetovalnica in pribežališče. Večina funkcij, ki jih opravlja, je povezanih z ljudmi, ki imajo v življenju manj priložnosti, ki so revni, imajo šibko socialno mrežo ali so odvisni od različnih državnih ustanov. Zato je tudi stigma toliko večja.

Če pogledamo bolnico od znotraj, vidimo, da gre za zamejen prostor, sestavljen iz enoličnih stavb. V njih so enolični hodniki, sobe za paciente in pacientke, dnevne sobe na oddelkih, ordinacije, čakalnice, bolniške sobe in jedilnice. Oddelki so razdeljeni na "zaprte" ali sprejemne in "odprte", na ženske in moške. Vse ima svoj realni in simbolni pomen.

Zlasti od starosti uporabnic in od njihove kronifikacije je odvisno, v katerih prostorih se bodo gibale in koliko prostora si bodo vzele zase. Ženske, ki pridejo na oddelk prvič, praviloma malo raziskujejo in najbolj negotovo drsajo sem in tja po hodniku oddelka, se vračajo v svojo sobo in spet pridejo na hodnik. Le malokatera se zadržuje v dnevni sobi.

Mlajše ženske in ženske srednjih let, ki so pogoste uporabnice psihiatrije, se pogosteje zadržujejo v dnevni sobi, odhajajo na obisk na sosednje oddelke, poznajo skrite prostore svobode in mesta, kjer se kaj "dogaja". Te se najbolj samozavestno gibljejo po bolnici.

Starejše ženske, ki so dolgoletne uporabnice, pogosto le s težavo pridejo po stopnicah navzdol, zato ostajajo na oddelku. Večina od

njih ima "svoje prostore", svoj del sobe, svoje okno, ob katerem se najpogosteje zadržuje, svojo posteljo in sobo. Za nekatere je njihov prostor v bolnici omejen na stol, ki stoji na hodniku. Nekoč se je zgodilo, da sem sedla na enega od njih, ne da bi prepoznala njegov poseben pomen. Bil je stol kot vsi drugi. K meni je prišla ženska, ki je nikoli, niti prej niti pozneje, nisem videla, da bi se s kom pogovarjala. Postavila se je pred mano, gledala v prazno in čakala. Mislila sem, da se hoče z mano pogovarjati, in zato sem jo ogovorila. Ostala sem brez odgovora in zdelo se mi je, da je ženska zatopljena popolnoma vase in me niti ne sliši. Zato sem se obrnila nazaj k tisti, s katero sem bila prej v pogovoru. Čez nekaj minut sem zaslišala povzdignjeni glas: "To je moj stol, pejte dol!" Ženska je stala pred mano zato, da bi se umaknila z "njene" stola, jaz pa nisem prepoznala neverbalnega sporočila. Naslednje dni sem videla, da se je še nekajkrat postavila za "svoj prostor" na hodniku in druga uporabnica ji je tudi takoj prepustila stol. To je bila ena od dolgotrajnih uporabnic, ki ni govorila z nikomer, tudi meni se je umaknila, ko sem jo pozneje še poskusila ogovoriti.

Poseben pomen ima tudi ordinacija ali soba psihiatrinje, kot jo imenujejo uporabnice. To je bil prostor, ki je bil popoldne najpogosteje prazen, zato sem mislila, da bi lahko tam v miru potekal intervju. Nekajkrat se je zgodilo, da mi je ženska, ki sem ji predlagala, da bi se umaknili v sobo zdravnice, negotovo rekla, da tam ne želi govoriti z mano, katerikoli drugi prostor bi ji bil ljubši. Nobena mi ni znala pojasniti, zakaj, po njihovih reakcijah pa se mi je zdelo, da gre za prostor, ki je uporabnicam najbolj tuj in povezan z negotovostjo, ki jo sproža "ekspertna situacija". To je prostor pogovorov, pa tudi prostor neprijetnih vprašanj in postavljanja diagnoz. To je prostor, kjer nekdo drug odloča o duševnem zdravju človeka, ki pride v bolnico.

Kot je pokazal David Armstrong (1985), je ordinacija več kot le prostor, ki omogoča socialno interakcijo: je tudi prostor, ki ima notranje in zunanje meje, povezane z dogodki, ki se odvijajo v teh dveh sferah. Če je do druge svetovne vojne potekalo zdravljenje v glavnem doma, se je danes sfera zdravljenja povsem

premestila v bolnico, ki je postala nevtralen, nikogaršnji prostor. Pacient prestopi iz svojega naravnega okolja v prostor, ki je, kot poudarja Armstrong, "nekontaminiran z nepomembnimi domačimi vplivi" (1985: 660). Tako so nastale ostre meje med zunaj in znotraj, pa tudi znotraj bolnice same. Prostor za čakanje je postal ostro ločen od prostora za obravnavo, sam prostor pa določa tudi odnose med pacientom, zdravnikom in drugim zdravstvenim osebjem. Na hodniku ali v čakalnici pacient navadno ni deležen pogleda ne zdravnika ne medicinskih sester, ki se kar se da hitro premikajo po hodnikih, ko pa človek vstopi v sobo za medicinske sestre in v sobo zdravnika, se začne osebje obnašati čisto drugače. Tako prostor kodira komunikacijo. Institucionalni prostor določa tudi meje komunikacije, pravila in red. Na hodniku se praviloma sme ogovoriti sestro, ne pa zdravnika; v ordinaciji pa se človek naslavlja na zdravnika in ne na sestro. Moč medicinske sestre je vezana na čakalnico in hodnik, moč zdravnika pa na ordinacijo. Že simbolna analiza vloge medicinskih sester v sistemu bolnice dokazuje, da je sestra nekje vmes, je mediatorica med različnimi sferami: zunaj/znotraj, okuženo/neokuženo, svet vsakdanjega življenja/svet bolnice. Tako je tudi soba medicinske sestre nekje na meji med svetom čakanja in svetom obravnave. V čakalnici je človek tisti, ki se odloča, kakšne postopke in dejanja bo naredil; lahko si tudi premisli in iz bolnice odide; lahko se pogovarja z ljudmi in ohranja vlogo kompetentnega subjekta. V sobi medicinske sestre, ki je preddverje pred vstopom v svet obravnave, je situacija "nekje vmes"; človek je manj subjekt in težje odide. Oseba se začne včasih vesti drugače, kot se je vedla v čakalnici; ljudje umolknejo, ne pogovarjajo se več med seboj in čakajo na ukaz, da lahko vstopijo v svet obravnave, kjer se bo zgodilo tisto ključno. Čakanje ima torej specifično ritualno funkcijo, ki se navadno zaključí z razočaranjem osebe, da je čakala veliko dlje, kot je trajala obravnavo.

Medicina je potrebovala določitev prostora, če je hotela vzpostaviti učinkovit klasifikacijski sistem diagnosticiranja in proizvodnje novih bolezni. Nastanek novih bolezni in nastanek prostora psihiatrije in bolnice sta

vzajemna procesa, s katerima je medicina postala, kot poudarja Arthur Kleinman (1978), nov "kulturni sistem".

Z leti se je prostor psihiatrične bolnice spremenil. Podrl se je zid, ljudje pripovedujejo, da je bilo prej več zaklenjenih vrat. Bilo je torej več zapiranja. V stavbi, kjer sem raziskovala, so zgradili jedilnico, ki je omogočila, da osebju in nekaterim uporabnicam ni bilo treba več nositi težkih posod s hrano v prvo nadstropje in trikrat na dan po stopnicah.

Pomemben prostor v psihiatriji je prostor za osamitev, ki je lociran na zaprtih oddelkih. To je soba z dvema zamreženima posteljami. Gre za prostor, ki umetno naredi notranji zid med socialno realnostjo in totalno izolacijo, prostorom "za sebe". Je prostor v prostoru. Je prostor, kjer vladajo drugačna pravila, še več, ves prostor je pravilo zase, je osamitev. Značilen je za totalne ustanove, je prostor kaznovanja in terapevtske intervencije hkrati. Praznina dobi ponekod tudi ime. V Bolnici za živčno in duševno prizadete Hrastovec poimenujejo tak prostor brez postelje "izolirnica". Čas osamitve je arbitraren in bolj odvisen od urnika ustanove in njene dinamike kot od prizadete osebe. Odvisen je od tega, ali se zamenjajo izmene, ali je dan ali noč, in od števila oseb na oddelku. Osamitev pomeni prav posebno degradacijo, saj človek ne izgubi le svobode gibanja, temveč tudi pravico do izražanja najelementarnejših potreb, o čemer bo še tekla beseda. Julia Brown in Sharon Tooke (1992) poudarjata, da pomeni ta prostor tudi novo obnašanje, ki je najpogosteje avtistično. Prostor za osamitev je v tem smislu paradoks, saj pomeni duševna stiska tako ali tako umik vase ali preplavljenost s samim s seboj. Osamitev pa tako stanje le še okrepi.

Tudi vprašanje zasebnosti razdeli pacientke in osebje na dve skupini. Skupini se med seboj ne mešata, ločita pa se tudi po tem, kateri prostor uporablja osebje in katerega pacientke. Osebje ima svojo zasebnost, ki jim jo dajejo razne pisarne, soba zdravnice in prostor za pogovore. Kot ugotavljajo številne raziskave psihiatričnih ustanov in velja tudi za Polje, osebje preživi večino časa v različnih pisarnah in se ne meša s pacienti.

Poleg stranišč, ki jih uporabljajo pacientke,

ima osebje svoje stranišče, ki je zaklenjeno. Uporabljeno je zelo redko, še zlasti popoldan, ko je osebja manj in se pogosteje zadržuje v pritličju, v pisarnah za sestre. Stranišča pacientk niso zaklenjena. Tisto, kar je ločevalo stranišče prvih od stranišča drugih, ni bila čistoča in umazanija, temveč toaletni papir in ključavnica. V straniščih za pacientke ni bilo nikoli toaletnega papirja, in ker jih ni bilo mogoče zakleniti, se je včasih zgodilo, da je kakšna od pacientk vdrla skozi vrata stranišča, kjer je bila druga oseba. Za 26 pacientk sta na oddelku le dve stranišči.

Tudi stranišče poudarja ločnico med obema skupinama in na simbolni ravni kaže na strah osebja pred kontaminacijo.

Skupaj s prostorom organizira institucija tudi kulturo časa. Vstop v psihiatrično institucijo je vstop v novo kulturo časa. Organizacija časa v instituciji nima praviloma nič s potrebami ljudi, ki prihajajo po pomoč, temveč s konstrukcijo časa, ki ga določa institucija, in z obrambnimi mehanizmi zanikanja, ki so eden od razlogov, da časa v bolnišnični ustanovi ni.

Bolnica je po eni strani negacija časa, saj v njej nikoli nihče od osebja nima časa, po drugi strani pa se v njej producira čakajoča kultura. Že Goffman (1987) je v svojem klasičnem delu o azilih govoril o dveh skupinah, osebju in oskrbovancih, ki se med seboj razlikujeta po dojemanju časa in po strukturi časa, ki ga živijo. Čas prvih teče prehitro, zato v totalnih ustanovah osebje za nikogar nima časa. Čas drugih pa je čakajoči čas, ki ima prav tako kot druge značilnosti institucionalnega vsakdanjega življenja vlogo discipliniranja in nadzora.

Ronald Frankenberg (1992) govori o "čakajočem procesu", v katerem človek ne ve, kaj se dogaja, kdo odloča in koliko časa bo hospitalizacija trajala. S tem se je človek spremenil v pacienta, v objekt biomedicinske prakse. Individualni čas se z vstopom v institucijo spremeni v čakajoči, institucionalni čas. Oseba je po eni strani podvržena zakonu čakanja in po drugi strani institucionalnemu dnevnomu redu, ki ga določa ustanova. Čas osebe, ki je v vlogi pacienta, je anti-čas in hkrati strogo strukturiran čas določenih dejavnosti, postopkov in ritualov (bujenje, zajtrk, vizita itn.).

Čas pacientov je vreden manj kot čas

osebja. Razloga sta dva: prvi je povezan s celotnim devalviranim položajem uporabnika ali uporabnice psihiatrične bolnice; drugi razlog pa izhaja prav iz "čakajočega časa", ki ga začne živeti oseba, ko vstopi v institucijo. Nestrukturiran čas v zahodni kulturi ni vrednota. Sprejemljiv je le, če je čas (odmor) med dvema časovnimama strukturama, naj bo sekvenca daljša ali krajša (počitnice, praznik, nedeljsko popoldne). V "čakajočem procesu" čas pacientov nima nobene vrednosti. Kdo lahko na primer po nepotrebnem ostane na zaprtem oddelku zato, ker ga še ni prišel pogledat sodni izvedenec, ali pa zato, ker ga je osebje pozabilo premestiti na odprti oddelk. Lahko se zgodi, da ostane oseba v bolnici dlje zato, ker je zdravnica, preden je v petek opoldne odšla, pozabila podpisati odpustnico. Človek lahko čaka nekaj dni na pogovor z zdravnico ipd. Pacienti so torej razpoložljiva skupina ljudi, ki čaka. To jih naredi ranljivejše, zmanjšuje občutek samozavesti in zmanjšuje občutek nadzora nad svojim življenjem. Tako se vzpostavlja neenakost in pogloblja prepad med svetom uporabnikov in svetom osebja.

Nekaterim uporabnicam je tako stanje zbuvalo jezo, drugim se je zdelo samoumevno, tretje pa so se vdale v usodo čakanja, kamor jih je potisnila institucionalna kultura.

Organizacija časa vzpostavlja torej neenakost, pogloblja prepad med osebjem in prizadetimi in vzpostavlja hierarhična razmerja. Večina ljudi je le redko v življenju tako bolnih, da ne morejo opravljati nobenega vsakdanjega opravila. Vsceno mora ostati človek v bolnici ves dan, pa čeprav je dejanske medicinske obravnave deležen le nekaj minut. Preostali čas bi lahko opravljal vsakdanja opravila, zlasti, če gre za dolgotrajne paciente. Fleksibilna organizacija bolnice, ki jo ponekod po svetu že poznajo, je med osebjem pogosto nezaželjena.

Institucionalni čas je prilagojen interesom, ki jih ima osebje (sistem izmen, natančnost urnika, razpoložljivost pacientk). Dnevne aktivnosti so koncentrirane v dopoldanskem času, popoldan, zvečer, ob sobotah, nedeljah in praznikih pa je oddelk skoraj brez osebja. Ronald Frankenberg (1992: 6) poudarja, da je v splošnih somatskih bolnicah videti zvezo med uporabo postopkov za zdravljenje in časovno

sekvenco, ki je del institucionalnega časa. V porodnišnici je pospešitev konca porodnega procesa z različnimi napravami in kirurškimi postopki povezana s koncem izmene. V nekaterih bolnicah se opravljanje carskega reza in uporaba naprav za umetne porodne popadke močno povečata proti koncu izmene, še zlasti na koncu druge izmene zvečer. Ker pacientka "nasilno vdre" v zdravnikov prosti čas, je, kot poudarja Frankenberg, tudi on lahko nasilen do njenega telesa.

Sama sem imela torej po eni strani privilegije osebja, saj sem prihajala in odhajala, kadar sem hotela, po drugi strani pa me je moj lastni notranji urnik razlikoval od osebja. Ker sem vse pogosteje ostajala na oddelku pozno popoldan, prihajala tudi ob sobotah in nedeljah, sem se v očeh uporabnic vse bolj oddaljevala od skupine osebja. Postala sem nekaj posebnega.

Druga razlika med svetom osebja in svetom pacientov je v tem, da lahko le osebje ohranja mejo med osebnim časom in javnim časom. Trenutka, ko pridejo na delovno mesto in ko z njega oddidejo, sta demarkacijski črti teh dveh časov. Posledica tega je, da postane za dosti ljudi v bolnici zunanji čas nekaj željenega, za marsikoga pa tudi neznan in prehiter in zato nevaren. Neka nekdanja uporabnica mi je pripovedovala, da je bil eden njenih najbolj žalostnih trenutkov v bolnici, ko sta se dva člana osebja popoldne ob koncu izmene pogovarjala: "Tole še opraviva, potem pa greva ven na pivo." Pravica, oditi ven na pivo, je postala simbol željene svobode, postala je nekaj nedosegljivega, neizmerno daleč od pravic, ki jih je imela pacientka. Ženska je takrat najmočneje občutila razliko med seboj in osebjem, po glavi pa ji je rojil le stavek: "Jaz pa bom ostala notri in preden bodo šli, me bodo zaklenili."

Ronald Frankenberg (1992) govori o tem, da je manifestacija bolezni epizoda, ki ni enovita v svoji časovnosti, temveč je sestavljena iz različnih sekvenc, ki sestavljajo celotno predstavo bolezni. Te sekvence so za različne akterje različne glede na čas, ki ga sekvenca zavzema v osebnem času osebe. Sprejem novega človeka na oddelke je lahko za medicinsko sestro prva sekvenca delovnega časa, ko pride v bolnico; lahko je del ponavljajočih dogodkov

v dnevnu, tednu, letu; lahko je del njene delovne kariere. Za pacientko pa je vstop v bolnico pretrganje vsakdanjega časa; lahko je eden najpomembnejših dogodkov v njenem življenju; lahko je dogodek, ki postane ciklično ponavljajoča se sekvenca časa, ki zaznamuje njeno življenje in različne dele leta. Za pacientko pomeni ta časovna sekvenca vstopiti v prostor, kjer vlada drugačna organizacija časa in kjer mora biti njen individualni čas podrejen institucionalnemu.

Eno najpomembnejših študij o času v medicinski ustanovi je leta 1979 napisal Eviatar Zerubavel, učenec E. Goffmana. Ob proučevanju socialnega življenja velikanske bolnice na Vzhodni obali, ki jo je zaradi anonimnosti imenoval University Hospital, je ugotovil, da je bolnica strukturirana temporalno. Njegov cilj je bil odkriti delovanje te temporalne strukture v določeni socialni organizaciji, saj je bil čas zanj eden glavnih parametrov socialnega reda. Čas v bolnišnici in njegova zgodovina potekata po Zerubavelu linearno, hkrati pa poteka notranja organizacija po cikličnem vzorcu, ki ga zaznamujejo ciklusi leta, tedna, rotacijskega sistema, dneva in dnevnih dolžnosti. Znotraj teh petih socialnih ciklusov se v bolnici odvijajo vse aktivnosti. Ciklus leta je mogoče opazovati v procesu kariere člana ali članice osebja; ciklus rotacije je pomemben za mlade ljudi, ki se vpeljujejo v medicinski poklic; teden se kaže zlasti kot konflikt med časom osebja in časom pacientov, saj začne osebje v petek živeti svoj zasebni čas; dan in dnevne dolžnosti pa se kažejo v sistemu izmen in natančno določenih časovnih sekvenc za določena opravila.

Taka temporalna struktura prinaša v linearno strukturo veliko motenj. Opisala sem že motnje, ki nastanejo v obdobjih praznine, ko osebja na oddelkih ni. Zerubavel (1979: 37) navaja, da je osebje bolnice, ki jo je raziskoval, govorilo o tem, da se je število smrtnih primerov povečalo vsako leto takrat, ko je začela delo nova skupina zdravnikov. V večini bolnic se človek ne more hospitalizirati v soboto ali nedeljo, ker v njej ni zadosti osebja. Ponekod velja prepričanje, da ostane konec tedna v bolnici le najmanj sposobno osebje, zato je najnevarneje, če je človek operiran konec tedna. Za

psihiatrično bolnico je značilno, da poskuša osebe pred božičnimi in novoletnimi prazniki čimbolj izprazniti bolnico, saj bo tako osebe, ki bo še ostalo, imelo manj dela, pa tudi manj občutkov krivde zaradi ljudi, ki so ostali v ustanovi.

Bolnica je torej po eni strani organizirana ciklično, kar prinaša poleg drugih motenj tudi diskontinuiteto osebnih odločitev (najbolj izobraženo osebe je v bolnici zlasti dopoldan), hkrati pa prinaša tisto, čemur Zerubavel pravi "nepretrgano pokritje" (*continuous coverage*). Institucionalizacija nepretrganega pokritja se je v Evropi razširila zlasti od 19. st. naprej, ko je postala skrb moralno in znanstveno vprašanje. Prva izmena torej odide šele, ko pride druga; človek, ki ne najde zamenjave za svoje delovno mesto, ne gre na dopust. Zerubavel govori o tem, da je točnost popoldanske izmene moralni element institucije, ki nima ničesar skupnega s potrebami ljudi, torej s tem, koliko ljudi takrat potrebuje medicinsko sestro.

Nepretrgano pokritje je zahtevalo tudi vse večjo depersonalizacijo, o kateri govori tudi Isabel Menzies Lyth (1988). Velike institucije, ki morajo vsak trenutek računati na to, da bodo uporabile pravilo nepretrganega pokritja, morajo vzpostaviti sistem anonimizacije osebja in pacientov. Zerubavel govori tudi o fenomenu "rutinizacije karizme", ki je značilna za birokratske ustanove. Sistem depersonaliziranih odnosov standardizira formalna pričakovanja in tako omogoča zamenljivost oseb (1979: 43).

Psihiatrična institucija torej institucionalizira osebno zamenljivost, zato da ohranja ciklično socialno strukturo in v njej nepretrgano pokritje. Hkrati pa je depersonalizacija obrambni mehanizem pred kopičenjem tesnobe. V taki instituciji postane vseeno, katera sestra je na oddelku, od vseh pričakujejo le rutinska opravila. Tako se izključi nepogrešljivost oseb. Psihiatrična ustanova ravna tako, da razbije sistem osebne nepogrešljivosti, da torej vzpostavi rutinizirano karizmo. Šele depersonalizacija pokritja omogoča kontinuiteto bolnice. Absolutno zamenljivost predpostavlja zlasti pri medicinskih sestrah, kar zmanjšuje odgovornost posamezne članice osebja (pacientka zdravnice N. N. ni nikoli tudi pacientka sestre A. A.). Z depersonalizirajočim pokritjem je povezano

tudi depersonalizirajoče pisanje o pacientkah in pacientih.

Bolnišnice imajo še eno skupno lastnost, ki jo je Zerubavel (1979: 90) opredelil kot "čas pacienta". Čas v bolnici se meri s številom pacientov in pacienti postanejo tako enote časa. Objekti dela postanejo enote časa in tudi sami merijo svoj čas v enotah drugih objektov. Ko medicinska sestra na vprašanje: "Kdaj bom na vrsti?" odgovori: "Še trije so pred vami," človek ve, da je njegov čas "dolga" tri paciente. Če pridejo na oddelk "tri nove", človek ve, da bo skupinska vizita trajala dlje.

Zato Zerubavel poudarja kognitivni kontekst pri merjenju časa, saj referenčni okvir velikokrat natančneje določi čas čakanja kot čas, ki ga meri ura. Zlasti za ljudi v instituciji sta koledarski čas in čas ure manj pomembna kot časovni referenčni okvir, ki ga dajejo redki dogodki, po katerih ljudje razpoznavajo osebna časovna obdobja. Večina pacientk se ni natančno spomnila, katerega leta je bila prvič hospitalizirana, šele spomin na referenčni okvir ji je pomagal, da se je spomnila letnice. Nekatere so tedne bivanja na oddelku štejele po referenčnem okviru obiskov ob nedeljah, ko so jih obiskali sorodniki. Zerubavel govori tudi o sociotemporalnem redu, po katerem je strukturirano in regulirano socialno življenje (1979: 105).

Eden od pomembnih obrambnih mehanizmov osebja je spodbujanje občutka, da nimajo časa. Najbolj razširjena taktika je hitenje po hodnikih. Če osebe v bolnišnicah za nujne primere še lahko prepriča antropologa, da se je pravkar pripeljal "nujni primer", pa to v psihiatrični bolnici ni več mogoče. Ta nezavedna taktika obrambe je značilna za vse velike institucije. O njej je najizčrpnije govorila Isabel Menzies Lyth (1988) v svojem klasičnem delu o kopičenju tesnobe v instituciji iz leta 1959.

Njena študija se nanaša zlasti na vlogo medicinskih sester v eni londonskih bolnišnic, ki je izvajala medicinsko oskrbo ostarelih bolnih ljudi. Medicinske sestre so se neprestano soočale s stresnimi emocionalnimi situacijami, povezanimi z izkušnjo bolečine, trpljenja, smrti, lastnega sovraštva, usmiljenja in krivde. Njihovo delo je bilo neprestano povezano z delom, ki ga večina ljudi ni bila pripravljena

opravljati, saj se jim je zdelo gnusno in umazano. Izhajajoč iz psihoanalitične teorije infantilnih fantazij, Isabel Menzies Lyth ugotavlja, da ima osebe v instituciji močno potrebo, da bi se zavarovali pred tesnobo, ki jim jo povzroča vsakdanje delo. Ta boj proti tesnobi proizvede socialno strukturirane obrambne mehanizme v kulturi institucije. Socialno konstruirani obrambni mehanizmi postanejo del realnosti, postanejo postvarjeni elementi institucije.

Avtorica govori o desetih glavnih strukturiranih obrambnih mehanizmih, ki jih uporablja osebe za premagovanje lastne tesnobe, krivde, dvomov in negotovosti (*ibid.*: 43-85):

1. *Razcep odnosa medicinska sestra-pacient.* Ker predstavlja za osebe bolnice jedro tesnobe prav odnos s pacientom, je sestrska služba organizirana tako, da jo varuje pred preveliko tesnobo. Medicinska sestra mora skrbeti za veliko število pacientov (praviloma okoli 30 ali več), za njih pa opravlja le določene dolžnosti in ne vseh, kar ji preprečuje, da bi prišla v totalni stik s pacientom in njegovo boleznijo.

2. *Depersonalizacija, kategorizacija in zanihanje pomena individualnosti.* Sistem dolžnosti (*task-list system*) onemogoča, da bi prišlo med pacientom in medicinsko sestro do osebnega odnosa. Gre za depersonalizacijo osebja in pacientov hkrati. To se kaže v poimenovanju pacientov s številko sobe ali z bolezensko diagnozo. Depersonalizacija osebja se kaže v uniformah, ki govorijo o njihovih dolžnostih. Vsaka medicinska sestra je zamenljiva z drugo, če je treba, saj je vsaka "aglomerat sestrskih večšin brez individualnosti" (*ibid.*: 52).

3. *Odcepitev in zanihanje čustev.* Zahteva profesionalnosti je, da se osebe nauči nadzorovati čustva in izogibati identifikaciji. Pogoji, da ne pride do navezanosti, je, da se medicinska sestra nauči odcepiti čustva od konkretnih delovnih nalog. Profesionalnost se meri po sposobnosti gibanja iz oddelka na oddelek. "Prestavljanje" medicinskih sester po oddelkih je ena od nezavednih strategij institucije, da zmanjša nezavedno tesnobo. Vodstvo bolnice uporablja taktiko "prestavljanje" z oddelka na oddelek zlasti pri mlajših sestrah.

4. *Poskus odstranitve odločitev z ritualnim opravljanjem dolžnosti.* Opravila medicinske sestre so organizirana tako, da s sprejemanjem

minimalnih odločitev minimalizirajo tesnobo, ki nastopa pri odločitvi v zvezi s pacientovim zdravjem. Namesto tega se večina delovnega časa vrti okoli ritualnih ponavljajočih opravil (pospravljanje postelj, hranjenje, dvigovanje), do katerih se zahteva skrajno resnost in odgovornost. Ta ritualna opravila prikrijejo dejstvo, da se zaradi nakopičene tesnobe osebe izogiba sprejemati fleksibilnejše in individualizirane odločitve.

5. *Zmanjševanje odgovornosti pri sprejemanju odločitev s preverjanji in ponovnimi preverjanji.* Tudi pri sprejemanju manj pomembnih odločitev, ki nimajo odločilnega vpliva na človekovo zdravje, osebe pri sprejemanju odločitev vplete v proces več ljudi, da zmanjša lastno odgovornost. Včasih medicinske sestre seznanijo z odločitvijo številno osebe, ki je tisti hip na voljo, prav zato pa je služba medicinske sestre organizirana tako, da onemogoča sprejemanje hitrih in učinkovitih odločitev.

6. *Prikrita socialna razporeditev odgovornosti in neodgovornosti.* To, da ena skupina osebja obtožuje drugo, ima funkcijo zmanjševanja intrapsihične napetosti, ki se prenese na intersihični nivo. Pogosto starejše medicinske sestre ali sestre, ki so višje po rangu, opredelijo mlajše za neodgovorne. Ta obtožba se navadno ne nanaša na posameznico, temveč na vso skupino "mlajših sester". Pritožbe so posledica prikritega sistema kulturno sprejemljivih zanihanj, razcepa in projekcij. Kot zapiše Menzies Lyth: "Vsaka sestra poskuša odcepiti določene aspekte svoje zavesti, s tem da jih projicira v druge medicinske sestre" (*ibid.*: 57).

7. *Smiselna obskurnost pri formalni porazdelitvi odgovornosti.* Čeprav se na prvi pogled zdi, da so delovne naloge in odgovornosti med osebjem jasno določene, s podrobnejšim pogledom ugotovimo, da ni tako. Najbolj togo so določene delovne naloge in odgovornosti najmlajših medicinskih sester. Bolj ko se bližamo hierarhičnemu vrhu, obskurnejše so odgovornosti. Pogosto pa medicinska sestra namesto predpisanih obveznosti opravlja kaj povsem drugega.

8. *Zmanjševanje teže odgovornosti z delegiranjem na nadrejene.* To je značilno prav za zdravstvene institucije, kjer je med nižjim osebjem močna potreba po zmanjšanju teže

odgovornosti. Posledica tega je, da medicinske sestre opravljajo danes bistveno manj kvalitetna in odgovorna opravila, kot bi jih zaradi svoje izobrazbe lahko (v bolnišnici Polje, na primer, mora medicinska sestra vprašati zdravnico, ali sme osebi, ki je premeščena iz sprejemnega na odprti oddelek, vrniti dokumente, čeprav gre za vprašanje ritualne narave, saj ima na odprtem oddelku vsakdo pravico do svojih osebnih predmetov).

9. *Idealizacija in podcenjevanje osebnih razvojnih možnosti.* Potreba po zmanjšanju tesnobe med osebjem se kaže v zahtevi po "najboljšem osebju", ki mora priti na delovna mesta medicinske sestre. Pogosto velja prepričanje, da se mora človek "roditi kot medicinska sestra", da je ta poklic "vokacija", kar pomeni po eni strani ekstremno idealizacijo poklica in po drugi strani podcenjevanje procesa učenja za poklic. Sam proces učenja je sestavljen zlasti iz učenja formalnih postopkov in le malo iz učenja za osebno rast.

10. *Izogibanje spremembi.* Izogibanje spremembam v medicinski ustanovi izhaja iz tega, da pomeni vsaka večja sprememba tudi spremembo socialnega sistema obrambe. Močan sistem obrambe pred tesnobo bo zato deloval

tudi kot močan sistem pred spremembo. Le na točkah krize vsega socialnega sistema institucije bo osebje dovolilo spremembo.

Nedvomno je v psihiatriji dejstvo, da osebje nima časa, posledica nezavednih mehanizmov obrambe pred tesnobo. Pomanjkanje poglobljenih pogovorov omogoča distanco med svetom osebja in svetom uporabnic. Osebje zapolni svoj delovni urnik z ritualnimi delovnimi obveznostmi, ki omogočajo čim manj poglobljen stik z uporabnicami na oddelku. Njihova razporeditev časa je odmerjena na kratke sekvence vizit, skupin in sestankov, ki omogočajo minimaliziranje osebnega angažmaja za posamezno uporabnico in ohranjajo občutek opravljenega delovnega urnika. Taka socialna organizacija institucije med osebjem vsaj deloma ohranja občutke samozavesti in lastne vrednosti. Število mehanizmov obrambe pred tesnobo pa po drugi strani zmanjšuje zadovoljstvo in občutke kvalitetnega dela pri bolj kritičnem osebju, o čemer govorijo prav izjave nekaterih članic in članov osebja, ki s svojim delom in organizacijo ustanove niso zadovoljni.

(Se nadaljuje.)

*Literatura bo navedena na koncu zadnjega dela.)*