

David L. Rosenhan

O ludziach normalnych w nienormalnym otoczeniu

W: Przełom w psychologii, red. Jankowski K, Czytelnik, Warszawa 1978

Jeżeli istnieje zdrowie psychiczne i choroba psychiczna, jak można je rozróżnić? Pytanie to nie jest wymysłem kaprysu ani też szaleństwem. Niezależnie od tego, jak głęboko tkwi w nas przekonanie, że potrafimy odróżnić zdrowego od chorego psychicznie, dowody na to nie są w pełni przekonujące. Często, na przykład, czyta się o procesach o zabójstwo, kiedy to wybitnym psychiatrom, występującym w obronie oskarżonego, sprzeciwiają się równie wybitni psychiatrzy, którzy występują w roli oskarżycieli, w sprawie uznania podsądnego za zdrowego psychicznie. Ogólnie rzecz biorąc, istnieje ogromna ilość sprzecznych danych na temat niezawodności, przydatności i znaczenia takich pojęć, jak „zdrowie psychiczne”, „choroba psychiczna”, „zaburzenia psychiczne” i „schizofrenia”. Zresztą już w 1934 roku Benedict wyraziła pogląd, że pojęcia „normalny” i „nienormalny” nie są uniwersalne. To, co uznaje się za normę w jednej kulturze, może być uważane za odchylenie w innej. Toteż pojęcia „normalność” i „nienormalność” nie są, być może, tak precyzyjne, jak się na ogół uważa.

Stawianie pytań dotyczących normalności i nienormalności nie oznacza absolutnie kwestionowania faktu, że pewne zachowania cechuje dewiacja i dziwaczność. Morderstwo jest dewiacją, podobnie jak halucynacje. Stawianie takich pytań nie przeczy też istnieniu osobistych cierpień, które się często kojarzą z „chorobą psychiczną”. Lęk i depresja istnieją. Cierpienie

psychiczne istnieje. Ale normalność i nienormalność, zdrowie psychiczne i choroba psychiczna, a także diagnozy, które są ich wynikiem, mogą być bardziej bezpodstawne, niż się zwykło sądzić.

Pytanie, czy zdrowego psychicznie można odróżnić od chorego psychicznie (oraz czy można rozróżnić poszczególne stadia choroby psychicznej), sprowadza się zasadniczo do prostej kwestii: czy wyraźne cechy charakterystyczne, na których opiera się diagnoza, są atrybutem samych pacjentów, czy też otoczenia i warunków, w jakich znajdują ich obserwatorzy? Od Bleulera, poprzez Kretschmera, aż do autorów ostatnio poprawionej i uzupełnionej *Klasyfikacji chorób psychicznych*, wydanej przez American Psychiatric Association, szerzy się silnie ugruntowany pogląd, że u pacjentów występują objawy, że te objawy można skategoryzować oraz, *implicite*, że można odróżnić zdrowych psychicznie od chorych psychicznie. Jednakże ostatnio pogląd ten zaczęto kwestionować. Wyłoniło się nowe stanowisko, oparte częściowo na rozważaniach teoretycznych, antropologicznych, ale także na koncepcjach filozoficznych, prawnych i terapeutycznych, że psychologiczna kategoryzacja chorób psychicznych jest w najlepszym wypadku bezużyteczna, a w najgorszym - z gruntu szkodliwa, błędna i bezsensowna. Wyraziciele tego poglądu uważają, że diagnoza psychiatryczna znajduje się w umysłach obserwatorów i nie jest bynajmniej uzasadnionym podsumowaniem cech ujawnionych przez obserwowanego.

Można z korzyścią dla sprawy rozstrzygnąć, który z tych poglądów jest bardziej słuszny, jeżeli się odda normalnych ludzi (tzn. takich ludzi, którzy nie cierpią i nigdy nie cierpieli z powodu objawów poważnych zaburzeń psychicznych) do szpitali psychiatrycznych i stwierdzi wówczas, czy zostali uznani za zdrowych psychicznie, a jeśli tak, to w jaki sposób. Gdyby zawsze rozpoznawano zdrowie psychiczne u takich pseudopacjentów, mielibyśmy wówczas niezbity dowód na to, że zdrową psychicznie jednostkę można odróżnić od zaburzonego otoczenia, w jakim się znalazła. Normalność (i przypuszczalnie nienormalność) jest dostatecznie wyraźna, by móc ją rozpoznać niezależnie od otoczenia, gdyż nośnikiem jej jest dana osoba. Z drugiej jednak strony, jeżeli zdrowie psychiczne pseudopacjentów nie zostanie rozpoznane, mogą się wyłonić poważne trudności dla tych, którzy opowiadają się za tradycyjnymi metodami diagnostyki psychiatrycznej. Jeśli założymy, że personel szpitala nie był niekompetentny, że pseudopacjent zachowywał się równie normalnie jak poza szpitalem i że nie utrzymywał, jakoby był już kiedyś w szpitalu psychiatrycznym - nieoczekiwany rezultat takiego eksperymentu

umocni tylko pogląd, że diagnoza psychiatryczna mówi niewiele o samym pacjencie, a za to bardzo dużo o środowisku, w jakim znajduje go obserwator.

Niniejszy artykuł stanowi opis takiego właśnie eksperymentu. Osiem zdrowych psychicznie osób zgłosiło się i zostało przyjętych do dwunastu różnych szpitali. Ich doświadczenia związane z pobytem w szpitalu przedstawione są w pierwszej części niniejszej pracy; druga natomiast poświęcona jest opisowi badań, jakie przeprowadzili oni w zakładach psychiatrycznych. Zbyt mała liczba psychiatrów i psychologów, nawet spośród tych, którzy pracowali w takich zakładach, zdaje sobie sprawę z istoty takich doświadczeń. Rzadko rozmawiają oni z byłymi pacjentami, być może dlatego, że nie dowierzają informacjom pochodzącym od uprzednio chorych psychicznie. Ci, którzy pracują w szpitalach psychiatrycznych, na ogół przystosowują się do otoczenia tak znakomicie, że stają się nieczuli na wpływ tego rodzaju doświadczeń. Czasem zdarzają się nawet raporty badaczy, którzy sami poddali się hospitalizacji psychiatrycznej, ale badacze ci przeważnie przebywali w szpitalach przez krótki okres, często za wiedzą personelu szpitalnego. Trudno jest więc stwierdzić, w jakim stopniu traktowano ich jak pacjentów, a w jakim jak kolegów naukowców. Niemniej ich raporty o tym, co się dzieje w szpitalach psychiatrycznych, są nad wyraz cenne. Niniejszy artykuł ma na celu rozszerzenie tych prób.

Pseudopacjenci i ich otoczenie

Ośmioro pseudopacjentów stanowiło zróżnicowaną grupę. Jeden, w wieku około dwudziestu lat, był studentem ostatniego roku psychologii. Pozostałe siedem osób to ludzie starsi i już „urządzeni” w życiu. Wśród nich znajdowało się trzech psychologów, pediatra, psychiatra, malarz i kobieta zajmująca się domem. Grupa składała się z trzech kobiet i pięciu mężczyzn. Wszyscy przybrali pseudonimy, by rzekome diagnozy ich choroby nie sprawiły im później kłopotów. Ci, którzy byli zawodowo związani z psychiatrią lub psychologią, przyznawali się do innych zawodów, żeby uniknąć szczególnej uwagi ze strony personelu, wynikającej z uprzejmości albo ostrożności wobec „chorych” kolegów. Z wyjątkiem mojego przypadku (byłem pierwszym pseudopacjentem i o mojej obecności wiedzieli, o ile mi wiadomo, tylko dyrektor szpitala i główny psycholog) personel szpitalny nie wiedział o obecności pseudopacjentów i charakterze programu badań.

Warunki hospitalizacji były również zróżnicowane. Po to, by móc uogólnić rezultaty badań, postarano się o przyjęcie pseudopacjentów do różnych szpitali. Dwanaście szpitali, w których przeprowadzano eksperyment, znajdowało się w pięciu różnych stanach na wschodnim i zachodnim wybrzeżu. Niektóre z nich były stare i w opłakanym stanie, inne prawie nowe. Jedne były placówkami naukowymi, inne nie. W jednych była wystarczająca liczba personelu w stosunku do pacjentów, w innych brakowało personelu. Tylko jeden z zakładów był szpitalem prywatnym. Reszta była utrzymywana z funduszy stanowych lub federalnych albo, w jednym wypadku, z funduszy uniwersyteckich.

Pseudopacjent dzwonił do szpitala z prośbą o wyznaczenie wizyty, a następnie zgłaszał się na izbę przyjęć skarżąc się, że słyszy głosy. Zapytany, co to za głosy, odpowiadał, że są zwykle niewyraźne, „głuche”, „puste”, „nużące”. Głosy były nie znane pseudopacjentowi, a ich brzmienie wskazywało na tę samą płęć, co płęć pacjenta. Treści te zostały wybrane dlatego, że wyrażają one tak powszechnie spotykany ostatnio w USA lęk egzystencjalny, wynikający z braku poczucia głębszego sensu życia. To tak, jak gdyby osoba mająca halucynacje mówiła: „Moje życie jest puste i nijakie”. O wyborze tych objawów zdecydował również brak jednego choćby opisu psychozy egzystencjalnej w literaturze fachowej.

Poza symulowaniem tych objawów oraz sfalszowaniem nazwisk, zawodów i miejsc pracy nie wprowadzono żadnych zmian w życiorysach czy w danych środowiskowych osób biorących udział w eksperymencie. Istotne wydarzenia w życiu pseudopacjentów były przedstawione zgodnie z prawdą. Związki z rodzicami, rodzeństwem, małżonkiem, dziećmi, kolegami z pracy i ze szkoły opisywano dokładnie tak, jak wyglądały w rzeczywistości; przestrzegano naturalnie konsekwencji w wyżej wymienionych zmianach. Frustracje i niepokoje opisywano na równi z radościami i satysfakcjami. Warto zapamiętać te fakty. One to bowiem przyczyniły się w dużym stopniu do uzyskania wyników świadczących o zdrowiu psychicznym, gdyż żaden z życiorysów ani żadne z aktualnych zachowań pseudopacjentów nie były w jakimkolwiek stopniu patologiczne.

Natomiast po przyjęciu na oddział psychiatryczny pseudopacjent przestawał symulować jakiegokolwiek objawy choroby psychicznej. W niektórych przypadkach następował krótki okres niewielkiego zdenerwowania normalnych w nienormalnym otoczeniu i niepokoju, gdyż żaden z pseudopacjentów właściwie nie wierzył, że zostanie tak łatwo przyjęty. W gruncie rzeczy

wszyscy oni bali się, że zostaną natychmiast zdemaskowani jako oszuści i narażeni na wstyd. Ponadto wielu z nich nie było nigdy na oddziale psychiatrycznym, a nawet ci, którzy kiedyś odwiedzili taki oddział, czuli niekłamany strach przed tym, co się z nimi stanie. Ich niepokój był więc całkiem adekwatny do nie znanego im otoczenia szpitala i szybko ustąpił.

Poza krótkotrwałym okresem niepokoju pseudopacjenci zachowywali się na oddziale tak, jak zachowywali się „normalnie”. Pseudopacjenci rozmawiali z pacjentami i personelem tak samo, jak to zwykli robić na co dzień. Ponieważ na oddziale psychiatrycznym jest niebywale wprost mało do roboty, starali się wciągnąć innych do rozmowy. Na pytania personelu o to, jak się czują, odpowiadali, że czują się dobrze i nie mają już żadnych objawów. Reagowali na polecenia pielęgniarek, na wezwania do przyjmowania leków (których nie połykali) i stosowali się do regulaminu posiłków. Poza zajęciami dostępnymi im na oddziałach spędzali czas na spisywaniu swoich obserwacji na temat oddziału, pacjentów i personelu. Z początku robili notatki „potajemnie”, ale wkrótce okazało się, że nikt nie zwraca na to uwagi, zaczęli więc pisać na dużych kartkach papieru w miejscach ogólnie dostępnych, jak na przykład świetlica. Nie ukrywali absolutnie tych czynności.

Pseudopacjenci, podobnie jak prawdziwi pacjenci psychiatryczni, poszli do szpitala nie wiedząc, kiedy zostaną zwolnieni. Powiedziano każdemu z nich, że ma się wydostać ze szpitala na własną rękę, przede wszystkim przekonując personel o swoim zdrowiu psychicznym. Wystąpiły u nich poważne stesy psychiczne związane z hospitalizacją, ale tylko jeden z pacjentów zażądał, prawie natychmiast po przyjęciu, żeby go wypuszczono. Mieli oni zaś silną motywację do tego, żeby nie tylko zachowywać się normalnie, ale również żeby być wzorowymi pacjentami. Raporty pielęgniarek, które zdobyto w większości świadków, wskazują na to, że zachowanie pseudopacjentów nie było w żadnym stopniu dezorganizujące. Raporty w identyczny sposób głoszą, że pacjenci byli „przyjaźni”, „kooperatywni” oraz że „nie wykazywali żadnych nienormalnych objawów”.

Normalni nie są uznani zdrowych psychicznie

Mimo tego jawnego „pokazu” zdrowia psychicznego pseudopacjenci nie zostali zdemaskowani. Poza jednym wyjątkiem, wszystkim postawiono diagnozę schizofrenii i zwolniono ich z diagnozą schizofrenii „w okresie remisji”. Nie należy absolutnie

lekceważyć określenia „w okresie remisji” jako czystej formalności, gdyż w żadnym momencie trwania hospitalizacji nie podniesiono kwestii symulacji pseudopacjenta. Ani też nie ma żadnej wzmianki w kartach szpitalnych, że status pseudopacjenta był podejrzany. Natomiast wszystkie dowody wskazują na to, że pseudopacjent raz opatrzony etykietą schizofrenika pozostał z nią do końca. Skoro pseudopacjent miał być zwolniony musiał być, oczywiście, „w okresie remisji”, ale znaczyło to, że nie jest zdrowy psychicznie ani też nigdy, w opinii personelu, nim nie był.

Nie można przypisywać identycznego niepowodzenia rozpoznaniu zdrowia psychicznego poziomowi poszczególnych szpitali, gdyż, mimo że były między nimi istotne różnice, wiele z nich ma opinię doskonałych zakładów, można też utrzymywać, że był po prostu zbyt krótki na obserwację pacjentów. Okres trwania hospitalizacji wahał się od siedmiu do pięćdziesięciu dwu dni, ze średnią dziewiętnastu dni. W istocie pseudopacjenci nie byli poddani zbyt dokładnej obserwacji, ale ten fakt świadczy bardziej o tradycjach panujących w szpitalach psychiatrycznych niż o braku możliwości.

Wreszcie nie można powiedzieć, że niepowodzenie w rozpoznaniu zdrowia psychicznego pseudopacjentów wynikało z ich nienormalnego zachowania. Chociaż wykazywali oni pewne oznaki napięcia, odwiedzający ich goście, podobnie zresztą jak inni pacjenci, nie zauważyli żadnych istotnych nienormalności w ich zachowaniu. Dość często zdarzało się nawet, że pacjenci „demaskowali” zdrowie psychiczne pseudopacjentów. Podczas pierwszych trzech hospitalizacji, kiedy to prowadzono dokładne badania statystyczne, trzydziestu pięciu spośród wszystkich stu osiemnastu pacjentów na oddziale wypowiadało swoje podejrzenia, czasem dość energicznie: „Nie jesteś wariatem. Jesteś dziennikarzem albo profesorem (co się odnosiło do bezustannego robienia notatek). Kontrolujesz szpital”. Jednak chociaż większość pacjentów dała się przekonać po zapewnieniach pseudopacjenta, że był on chory, zanim przyszedł do szpitala, ale teraz jest zdrowy, niektórzy do końca wierzyli, że pseudopacjent był zdrowy podczas trwania hospitalizacji. Fakt, że pacjenci często rozpoznawali normalność, gdy tymczasem personelowi się to nie udało, nasuwa istotne refleksje.

Niepowodzenie w rozpoznaniu zdrowia psychicznego podczas hospitalizacji może być spowodowane faktem, że lekarze mają tendencje robienia tego, co statystyka nazywa błędem drugiego typu. Oznacza to, że lekarze są bardziej skłonni uznać zdrową osobą za chorą (fałszywy

czynnik pozytywny drugiego typu), niż chorą osobę za zdrową (fałszywy czynnik negatywny pierwszego typu). Nietrudno znaleźć powody takiego stanu rzeczy - z pewnością dużo większe niebezpieczeństwo kryje się w złej diagnozie postawionej osobie chorej, niż zdrowej. Lepiej więc popełniać błędy wynikające z ostrożności i podejrzewać chorobę nawet u ludzi zdrowych.

Ale to, co się stosuje do medycyny somatycznej, nie dotyczy w równym stopniu psychiatrii. Choroby somatyczne, przysparzają wiele cierpienia, nie są na ogół poniżające. Na diagnozach psychiatrycznych natomiast ciąży piętno osobiste, prawne i społeczne. Należało więc stwierdzić, czy tendencja do stawiania zdrowym ludziom diagnozy chorych psychicznie działa w odwrotnym kierunku. Przeprowadzono zatem następujący eksperyment w szpitalu będącym jednocześnie placówką naukową, której personel dowiedział się o wynikach poprzednich badań, ale wątpił, czy taki błąd mógłby się zdarzyć w jego szpitalu. Poinformowano personel, że w czasie najbliższych trzech miesięcy jeden lub więcej pseudopacjentów będzie starało o przyjęcie do tego właśnie szpitala. Poproszono osoby należące do personelu, żeby podczas przyjmowania pacjentów lub na oddziale oceniały stopień prawdopodobieństwa, czy któryś z nich może być pseudopacjentem. Zastosowano skalę dziesięciopunktową, przy czym punkty 1 i 2 wskazywały na najgłębsze przekonanie, że pacjent jest pseudopacjentem.

Otrzymało ocenę stu dziewięćdziesięciu trzech pacjentów, których przyjęto na leczenie psychiatryczne. Poproszono członków personelu, którzy mieli kontakt z pacjentami lub byli za nich bezpośrednio odpowiedzialni: salowych, pielęgniarzy, psychiatrów, innych lekarzy i psychologów, żeby przedstawili swoje oceny. Czterdziestu jeden pacjentów zostało z najgłębszym przekonaniem uznanych za pseudopacjentów przez przynajmniej jednego członka personelu. Dwudziestu trzech było podejrzanych w oczach najmniej jednego psychiatry. Dziewiętnastu było podejrzanych dla jednego psychiatry oraz jeszcze jednego członka personelu. Natomiast w tym okresie żaden pseudopacjent (przynajmniej z mojej grupy) nie zgłosił się do szpitala.

Ekspiryment ten daje wiele do myślenia. Wskazuje na to, że tendencja do uznawania normalnych ludzi za nienormalnych może też działać w odwrotnym kierunku, jeżeli stawka (w tym wypadku prestiż i wnikliwość diagnozy) jest wysoka. Ale co można powiedzieć o tych dziewiętnastu osobach, które jeden psychiatry i jeszcze jeden członek personelu uznali za „zdrowych psychicznie”? Czy ci ludzie byli rzeczywiście „zdrowi psychicznie, czy też personel,

starając się umknąć błędowi drugiego typu, miał inklinacje do popełniania większej ilości błędów pierwszego typu nazywając nienormalnych ludzi „zdrowymi”? To pytanie musi pozostać bez odpowiedzi. Jedno jest tylko pewne: żaden proces diagnostyczny, w którym tak łatwo o tego typu błędy na dużą skalę, nie może być godny zaufania.

Trwałość etykiet psychodiagnostycznych

Poza tendencją do uważania zdrowych ludzi za chorych - tendencją, która bardziej odnosi się do procedury diagnostycznej przy przyjmowaniu pacjenta niż do diagnoz stawianych podczas długiego okresu obserwacji - wyniki wskazują na powszechną rolę etykietowania w ocenie psychiatrycznej. Raz uznany za schizofrenika, pseudopacjent nie mógł nic zrobić, żeby się pozbyć tej etykiety. Etykieta ta rzutuje w całej pełni na postrzeganie jego osoby i jego zachowań przez innych ludzi.

Z jednego punktu widzenia te dane nie są bynajmniej zaskakujące, gdyż od dawna wiadomo, że poszczególne elementy nabierają znaczenia w kontekście, w jakim występują. Psychologia postaci podniosła tę kwestię w bardzo wyraźny sposób, a Asch wykazał istnienie „głównych” cech osobowościowych (takich jak „ciepło” i „oziębłość”), które są tak silne, że wyraźnie zabarwiają znaczenie innych informacji, składając się na obraz danej osobowości. „Chory psychicznie”, „schizofrenik”, „pacjent maniakalno-depresyjny” i „wariat” - należą prawdopodobnie do najsilniejszych cech głównych. Skoro dana osoba została raz uznana za nienormalną, etykieta ta rzutuje na wszystkie jej zachowania czy cechy charakterystyczne. W rzeczywistości działanie etykiety jest tak silne, że całkowicie przeoczono i absolutnie błędnie zinterpretowano normalne zachowania pseudopacjentów. W celu wyjaśnienia tej kwestii posłużymy się kilkoma przykładami.

Wspomniałem już wcześniej, że nie wprowadzono żadnych zmian w historii życia i obecnej pozycji społecznej pseudopacjentów, poza zmianami nazwiska, miejsca pracy i, tam gdzie było to konieczne, zawodu. Poza tymi szczegółami wszystkie opisy życiorysów i okoliczności życiowych pseudopacjentów były zgodne z prawdą. Ich losy nie wskazywały na rozwijanie się psychozy. Jak więc mogły być zgodne z diagnozą psychozy? A może zmodyfikowano opis tych losów, tak by pasowały do diagnozy, jaką pseudopacjent otrzymał?

O ile jestem w stanie ustalić, zasadniczo „zdrowe” losy pseudopacjentów nie wpłynęły w żadnej mierze na te diagnozy. Wręcz przeciwnie - ocena historii życia pseudopacjentów kształtowała się całkowicie pod wpływem diagnozy. Wyraźny przykład takiego wpływu widzimy w przypadku pseudopacjenta, który we wczesnym dzieciństwie miał bardzo bliski kontakt z matką, ale był raczej oddalony od ojca. Jednakże w okresie dojrzewania i potem ojciec stał się jego bliskim przyjacielem, a stosunki z matką uległy oziębieniu. Jego obecny związek z żoną był wyjątkowo bliski i ciepły. Poza sporadycznymi sprzeczkami, nieporozumienia były minimalne. Rzadko też karali dzieci klapsami. Z całą pewnością nie ma nic szczególnie patologicznego w tej historii. Niewykluczone, że wielu czytelników zna podobny układ z własnych doświadczeń, za którymi nie kryją się żadne szkodliwe konsekwencje. Proszę jednak zwrócić uwagę, jak ta historia została zinterpretowana w kontekście psychopatologicznym. Oto historia przypadku sporządzona po wypisaniu pacjenta ze szpitala.

Ten biały, trzydziestodwuletni mężczyzna... przejawia w bliskich związkach oznaki ambiwalencji, datującej się już od wczesnego dzieciństwa. Serdeczny związek z matką ulega oziębieniu w okresie dojrzewania. Chłodne stosunki z ojcem przekształcają się - według niego - w bardzo zażyłe. Brak mu stabilności uczuć. Jego próby kontrolowania przejawów emocji wobec żony i dzieci są przerywane wybuchami złości. Zdarza się wówczas, że bije dzieci. I chociaż pacjent mówi, że ma wielu dobrych przyjaciół, wyczuwa się, iż również za tymi związkami kryje się wyraźna ambiwalencja...

Fakty z życia tego człowieka zostały nieumyślnie wypaczone przez personel, po to by się zgadzały z popularną teorią dynamiki reakcji schizofrenicznych. Pseudopacjent opisując swoje związki z rodzicami, żoną czy przyjaciółmi, nie podawał nic takiego, co by wskazywało na ambiwalentny charakter tych relacji. Ambivalencja, którą można by im przypisać, nie była chyba wyższa niż we wszystkich innych stosunkach międzyludzkich. To prawda, że stosunek pseudopacjenta do rodziców uległ zmianie w pewnym okresie, ale w normalnych warunkach pozostałoby to niemal niezauważalne i wręcz zgodne z oczekiwaniami. Znaczenie przypisane jego wypowiedziom (tzn. ambiwalencja, brak stabilności uczuć) było więc wyraźnie zdeterminowane diagnozą schizofrenii. Zupełnie inne znaczenie przypisano by jego słowom, gdyby wiadomo było, że ten człowiek jest „normalny”.

Wszyscy pseudopacjenci jawnie robili notatki. W normalnych okolicznościach takie zachowanie wzbudzałoby podejrzenia u obserwatorów, jak to się stało w wypadku pacjentów. Wydawało się tak oczywiste, że notatki wzbudzą podejrzenie, iż zastosowano daleko idące środki ostrożności, żeby codziennie pozbywać się tych notatek z oddziału. Ale ostrożność okazała się zbyt duża. Kiedy jeden z pseudopacjentów zapytał lekarza, jakie dostaje lekarstwo, a potem zapisał tę informację - ten zareagował łagodnie: „Nie musi pan zapisywać, jeżeli nie może pan zapamiętać, proszę mnie zapytać ponownie”.

Jak natomiast interpretowano bezustanne pisanie pseudopacjentów, jeśli nie zadawano im żadnych pytań? W wypadku trzech pacjentów raporty pielęgniarek sugerują, że pisanie uważano za jeden z aspektów chorobliwego zachowania pseudopacjentów. „Pacjent oddaje się pisaniu” - brzmiał dzienny komentarz pielęgniarki dotyczący pseudopacjenta, którego nigdy nie zapytano o to, co i dlaczego pisze. Skoro pacjent przebywa w szpitalu, zakłada się, że musi mieć zaburzenia psychiczne. A skoro ma zaburzenia, ciągłe pisanie musi być objawem tego zaburzenia, np. zachowaniem kompulsywnym, które spotyka się czasem w schizofrenii.

Ukrytą cechą charakterystyczną diagnozy psychiatrycznej jest umieszczanie źródeł aberracji w samej jednostce, a niezwykle rzadko w zespole bodźców, które na nią działają. Zgodnie z tym zachowania stymulowane przez otoczenie zazwyczaj mylnie przypisuje się zaburzeniom pacjenta. Na przykład pewna życzliwa pielęgniarka zobaczyła, jak pseudopacjent przemierzał długie korytarze szpitalne. „Jest pan zdenerwowany?” zapytała. „Nie, nudzi mi się”, padła odpowiedź.

Notatki prowadzone przez pseudopacjentów zawierają liczne opisy zachowań pacjentów błędnie interpretowanych przez personel mający jak najlepsze intencje. Dostawał szału, bo został umyślnie lub nieumyślnie źle potraktowany przez, na przykład, salowego. Przechodząca pielęgniarka rzadko i zwykle pobieżnie pytała o przyczyny jego zachowania. Zakładała raczej, że jego rozdrażnienie wynika z choroby, a nie z wzajemnego oddziaływania na siebie ludzi na oddziale. Czasami personel przypuszczał, że to rodzina pacjenta (zwłaszcza jeśli ostatnio go odwiedzała) lub inni pacjenci mogli być powodem tych wybuchów. Nigdy natomiast personel nie dopuścił do siebie myśli, że to ktoś z nich albo struktura szpitala mogła wywołać rozdrażnienie pacjenta. Pewien psychiatra wskazał na grupę pacjentów siedzącą u wejścia do jadalni pół godziny przed obiadem. Powiedział grupie młodych praktykantów, że

takie zachowanie jest charakterystyczne dla oralnego charakteru tego syndromu. Najwyraźniej nie przyszło mu do głowy, że w szpitalu poza posiłkami niewiele jest, rzeczy, na które można czekać.

Etykieta psychiatryczna żyje własnym życiem. Kiedy raz sformułuje się pogląd, że dana osoba jest schizofrenikiem, oczekuje się, że będzie się zachowywała jak schizofrenik. Po upływie dostatecznie długiego czasu, w którym pacjent nie zachowuje się w dziwny sposób, uznaje się, że jest on w okresie remisji i można go wypisać ze szpitala. Ale etykieta działa też poza szpitalem i kryje się za nią nie potwierdzone przypuszczenie, że pacjent kiedyś się znów zachowa jak schizofrenik. Takie etykiety, nadawane przez zawodowych psychiatrów, mają silny wpływ na pacjenta, podobnie jak i na jego krewnych i znajomych, toteż nie powinno nikogo dziwić, że diagnoza działa na nich wszystkich jak samosprawdzająca się hipoteza. W końcu sam pacjent akceptuje diagnozę z wszystkimi jej dodatkowymi znaczeniami oraz oczekiwaniami i stosownie do niej się zachowuje.

Wnioski, które się tu nasuwają, są oczywiste. Podobnie jak Zigler i Phillips wykazali, że istnieje olbrzymia zbieżność między objawami pacjentów o różnych diagnozach, tak też istnieje olbrzymia rozbieżność między zachowaniami zdrowych psychicznie i chorych psychicznie. Zdrowi psychicznie nie są „zdrowi” przez cały czas. Wpadamy w złość „bez żadnego istotnego powodu”. Czasem ogarnia nas depresja czy niepokój, znów bez żadnego istotnego powodu. Czasem z trudem dochodzimy z kimś do porozumienia - i znów nie umielibyśmy podać żadnego powodu. Podobnie chorzy psychicznie nie zawsze są chorzy. „Pseudopacjenci, przebywając wśród nich, odnosili wręcz wrażenie, że prawdziwi pacjenci są przez długie okresy zdrowi i że dziwaczne zachowanie, na którym opierały się postawione im diagnozy, stanowiło jedynie niewielki procent całości ich, zachowania. Tak jak nie ma większego sensu określać siebie jako osobę permanentnie depresyjną z powodu przypadkowej depresji, tak też stawianie wszystkim pacjentom diagnozy chorych psychicznie lub schizofreników na podstawie dziwnych zachowań czy percepcji wymaga lepszych dowodów niż te, którymi psychiatria obecnie dysponuje. Wydaje się bardziej pożyteczne to, co proponuje Mischel: ograniczenie naszych rozważań do zachowań, bodźców, które je prowokują, i ich korelatów.

Nie wiadomo właściwie, dlaczego tak silnie odbiera się pewne cechy osobowościowe, na podstawie których mówimy o kimś „wariat” czy „chory psychicznie”. Niewykluczone, że pewne

cechy danej osoby prowadzą do diagnozy psychiatrycznej wówczas, kiedy źródła lub bodźce, które wpłynęły na dane zachowanie, są odległe czy nieznane albo kiedy uderza nas niezmiennosc danego zachowania. Z drugiej jednak strony, kiedy te źródła lub bodźce są znane i dostępne, dyskusja sprowadza się do samego zachowania. Mogę więc, na przykład, mieć halucynacje we śnie albo na skutek zażycia określonego narkotyku. Wówczas mówi się o halucynacjach czy marzeniach sennych albo o halucynacjach wywołanych narkotykami. Ale kiedy powody moich halucynacji są nieznane, nazywa się je szaleństwem czy schizofrenią - jak gdyby taki wniosek był bardziej konstruktywny niż inne.

Doświadczenie hospitalizacji psychiatrycznej

Pojęcie „choroba psychiczna” istnieje od niedawna. Ukuli je ludzie o humanitarnych intencjach, którzy bardzo pragnęli zmienić status ludzi z zaburzeniami psychicznymi (i zdobyć dla nich powszechne współczucie) ze statusu czarownic i „wariatów” na status chorych somatycznie. Trzeba przyznać, że częściowo im się to udało, gdyż w ciągu wielu lat stosunek do chorych psychicznie z pewnością zmienił się na lepsze. Ale mimo że stosunek .ten poprawił się, mam duże wątpliwości, czy ludzie naprawdę traktują chorych psychicznie tak samo, jak chorych somatycznie. Złamana noga się zrasta, ale choroba psychiczna rzekomo trwa wiecznie. Złamana noga nie budzi strachu osoby postronnej, ale obłąkany schizofrenik? Zebrano już niezliczone dowody na to, że postawę wobec chorych psychicznie charakteryzuje strach, wrogość, nieufność, podejrzliwość i przerażenie. Chorzy psychicznie są dla społeczeństwa jak gdyby dotknięci trądem.

Fakt, że taki stosunek cechuje całą populację, jest nie tyle zaskakujący, co niepokojący. Ale znacznie bardziej niepokojące jest to, że podobny stosunek przejawiają ludzie zawodowo związani z psychiatrią: salowi, pielęgniarze, lekarze, psychologowie i pracownicy socjalni, zarówno dlatego, że w ich wypadku taki stosunek jest ewidentnie szkodliwy, jak i dlatego, że wpływa on z ich nieświadomości. Większość ludzi związanych zawodowo z tą dziedziną utrzymuje, że odnosi się do chorych psychicznie ze współczuciem, że ani ich nie unika, ani nie jest do nich nastawioną wrogo. Istnieje jednak większe prawdopodobieństwo, że ich relacje z pacjentami psychiatrycznymi cechuje pełna ambiwalencja, a nastawienia, do których się przyznają, stanowią tylko część ich całościowego stosunku do pacjentów. Można więc mówić o

postawie negatywnej i łatwo ją zauważyć. Taka postawa nie powinna nas dziwić. Wynika ona w sposób naturalny z etykiet nadawanych pacjentom i z charakteru zakładów, w których się znajdują.

Proszę się zastanowić nad strukturą typowego szpitala psychiatrycznego. Personel jest wyraźnie odseparowany od pacjentów. Ma własne pomieszczenia, łącznie ze stołówką, łazienkami i miejscem zebrań. W każdej świetlicy znajduje się oszklone pomieszczenie dla personelu, które pacjenci nazywają „klatką”. Personel wychodzi z niej przede wszystkim w celach nadzoru nad pacjentami - żeby podać leki, przeprowadzić terapię albo zebranie grupy, żeby pouczyć pacjenta albo udzielić mu nagany. Poza tym personel zajmuje się swoimi sprawami, jak gdyby zaburzenia, które nakładają na nich pewne obowiązki, były zaraźliwe.

Zasada segregacji personelu i pacjentów działa tak silnie, że w czterech państwowych szpitalach, w których usiłowano zbadać, w jakim stopniu personel obcuje z pacjentami, trzeba było uznać okres, kiedy personel przebywa poza dyżurką, za podstawową jednostkę tego procesu. Nie cały czas spędzony poza dyżurką był poświęcony obcowaniu z pacjentami (salowi na przykład pojawiali się czasem wśród pacjentów, żeby oglądać telewizję w świetlicy), mimo to był to jedyny sposób na zebranie rzetelnych danych na temat mierzonego procesu.

Średnia czasu spędzanego przez salowych poza dyżurką wynosiła 11,3% (wahając się od 3% do 52%). Liczba ta nie oznacza wyłącznie czasu spędzanego z pacjentami, ale obejmuje też czas poświęcony na wykonywanie takich obowiązków, jak składanie bielizny, nadzorowanie pacjentów podczas golenia, dogłądanie sprzątanía oddziału i wysyłanie pacjentów na zajęcia poza oddziałem. Rzadko się trafiał salowy, który spędzał czas na rozmowie czy graniu w gry z pacjentami. Uzyskanie danych na temat czasu spędzanego z pacjentami przez pielęgniarki okazało się niemożliwe, gdyż zbyt krótko przebywały one poza dyżurką. Liczyliśmy więc raczej przypadki opuszczania dyżurki. Dienne pielęgniarki wychodziły z dyżurki przeciętnie 11,5 razy w ciągu jednej zmiany, łącznie z przypadkami, kiedy opuszczały oddział pod koniec pracy (średnia ta wahała się od 4 do 39 razy). Pielęgniarki pracujące późnym popołudniem i w nocy były jeszcze mniej dostępne dla pacjentów, gdyż pojawiały się na oddziale 9,4 razy w ciągu jednej zmiany (od 4 do 41 razy). Dane dotyczące porannych pielęgniarek, które przychodziły zwykle po północy i wychodziły koło ósmej rano, nie zostały zebrane, bo pacjenci na ogół wtedy spali.

Lekarze, a zwłaszcza psychiatrzy, byli jeszcze mniej dostępni. Rzadko się pokazywali na oddziale. Dość często zdarzało się, że widywano ich tylko w chwili przyjscia i wyjścia, resztę bowiem czasu spędzali w swoich gabinetach albo w dyżurce personelu. Lekarze pojawiali się na oddziale przeciętnie 6,7 razy dziennie (od 1 do 17 razy). Dokładne wyliczenie okazało się bardzo trudne, bo lekarze' często zmieniali godziny przyjscia i wyjścia. .

Pisano już o roli hierarchii władzy w szpitalu psychiatrycznym, ale warto zwrócić tu uwagę, jak czynnik ten wpływa na działanie personelu. Ci, którzy mają największą władzę, mają najmniej do czynienia z pacjentami, a ci, którzy mają najmniejszą władzę, najwięcej z nimi obcuja. Proszę jednak pamiętać, że przybieranie zachowań odpowiadających danej roli zachodzi głównie pod wpływem obserwacji innych ludzi, przy czym obdarzeni największą władzą mają też największy wpływ. Stąd jest całkiem zrozumiałą rzeczą, że salowi nie tylko spędzają więcej czasu z pacjentami niż inni członkowie personelu - tego wymaga ich pozycja w hierarchii - ale też, idąc za przykładem swoich przełożonych, spędzają z pacjentami jak najmniej czasu. Salowych widzi się przede wszystkim w dyżurce, to jest tam, gdzie znajdują się ludzie służący im jako wzorce działania.

Przejdźmy teraz do innych badań, dotyczących reakcji personelu w kontaktach nawiązywanych z inicjatywy pacjentów. Od dawna wiadomo, że ilość czasu, który człowiek poświęca danej osobie, może stanowić wskaźnik znaczenia tej osoby dla drugiego człowieka. Jeśli nawiązuje on lub utrzymuje z kimś kontakt wzrokowy, można wówczas sądzić, że zwraca uwagę na prośby i potrzeby tego kogoś. Jeżeli się zatrzymuje na krótką pogawędkę lub dłuższą rozmowę, można wówczas przypuszczać, że wyróżnia taką osobę. W czterech szpitalach pseudopacjenci zatrzymywali członków personelu zadając im pytanie, które brzmiało tak: „Przepraszam pana doktora (panią doktor), czy mógłby mi pan powiedzieć, kiedy będę mógł wyjść na teren szpitala?” albo: „... kiedy zostanę przedstawiony na zebraniu klinicznym?”, albo: „... kiedy zostanę wypisany?” Treść tych pytań była zróżnicowana zależnie od bieżących potrzeb pseudopacjenta, forma natomiast była zawsze uprzejma, a pytanie zadawane odpowiednio do sytuacji. Pamiętano, by nigdy nie podchodzić do tego samego członka personelu więcej niż raz dziennie, żeby nie nabrał podejrzeń ani się nie zdenerwował. Proszę pamiętać przy przeglądaniu tych danych, że zachowanie pseudopacjentów nie było ani dziwaczne, ani natrętne. Można się było z nimi wdać w rzeczową rozmowę.

Tabela. Zainicjowane przez pseudopacjentów kontakty z psychiatrami, pielęgniarzkami i salowymi zestawione z kontaktami z innymi grupami

Kontakty (miejsce i z kim?)	Szpitale psychiatryczne		Miasteczko uniwersyteckie (niemedyczne)	Uniwersytecki ośrodek medyczny		
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	Psychiatrzy	Pielęgniarki i salowi	Personel wykładający	„Szukam psychiatry	„Szukam internisty”	Bez dodatkowego komentarza
1	2	3	4	5	6	7
Reakcje:						
Idzie dalej, odwraca wzrok (°/o)	71	88	0	0	0	0
Nawiązuje kontakt wzrokowy (°/o)	23	10	0	11	0	0
Przystaje i zamienia kilka słów (%)	2	2	0	11	0	10
Zatrzymuje się i rozmawia (°/o)	4	0,5	100	78	100	90

1	2	3	4	5	6	7
Średnia odpowiedzi na zadane pytania (z sześciu)	*	*	6	3,8	4,8	4,5
Respondenci (liczba)	13	47	14	18	15	10
Próby (liczba)	185	1283	14	18	15	10

Uwaga: Objaśnienie w tekście * = Nie dotyczy

Tabela 1 przedstawia dane zebrane podczas tych eksperymentów oddzielnie dla lekarzy (kolumna 1) i dla pielęgniarek i salowych (kolumna 2). Nieznaczące różnice między czterema szpitalami są nieistotne wobec stopnia, w jakim personel unikał kontaktów z pacjentami, nawiązywanych z inicjatywy tych ostatnich. Na ogół najczęstsza reakcja polegała albo na zdawkowej odpowiedzi na pytanie, rzuconej w przelocie, albo po prostu na braku reakcji.

Takie spotkanie najczęściej wyglądało dość dziwnie. Pseudopacjent: „Przepraszam bardzo, panie doktorze, kiedy będę mógł wyjść na teren szpitala?” Lekarz: „Dzień dobry, Dave. Jak się dziś czujesz?” (Idzie dalej, nie czekając na odpowiedź).

Warto porównać te dane z danymi zebranymi ostatnio w Stanford University. Uważa się, iż personel wykładający w dużych i znanych uniwersytetach jest tak zajęty, że nie ma czasu dla studentów. Dla porównania: młoda kobieta podchodziła do poszczególnych członków personelu wykładającego, którzy najwyraźniej podążali na jakieś spotkanie czy na wykłady, i zadawała im kolejno sześć następujących pytań:

1) „Przepraszam, czy mógłby mi pan wskazać drogę do gmachu Encina Hali?” (w akademii medycznej: „... do Ośrodka Badań Klinicznych?”)

2) „Nie wie pan, gdzie się znajduje budynek Fish Annex?” (W Stanfordzie nie ma budynku o takiej nazwie).

3) „Czy pan tu wykłada?”

4) „Jak można się starać o przyjęcie na uniwersytet?” (w akademii medycznej: „... do akademii medycznej?”)

5) „Czy trudno się tu dostać?”

6) „Czy można tu otrzymać pomoc finansową?” Tabela 1 (kolumna 3) wskazuje, że na wszystkie bez wyjątku pytania udzielono odpowiedzi. Niezależnie od tego, jak bardzo wykładowcy się spieszyli, nie tylko zwracali uwagę na osobę zadającą pytanie, ale zatrzymywali się i wdawali w rozmowę. Wielu respondentów zbaczało nawet z drogi, żeby skierować lub zaprowadzić osobę pytającą do biura, którego szukała, żeby postarać się ustalić lokalizację budynku Fish Annex albo porozmawiać na temat możliwości przyjęcia na uniwersytet.

Podobne dane, również przedstawione w tabeli 1 (kolumny 4, 5 i 6), uzyskano w zwykłym szpitalu. I tutaj młoda kobieta zaczęła członków personelu, mając przygotowane te same sześć pytań. Po pierwszym pytaniu dodawała w wypadku osiemnastu respondentów (kolumna 4): „Szukam psychiatry”, a w wypadku piętnastu innych (kolumna 5): „Szukam internisty”. W wypadku dziesięciu innych respondentów (kolumna 6) nie dodawała nic więcej. Ogólna liczba życzliwych odpowiedzi jest znacznie wyższa w wypadku grup uniwersyteckich niż w wypadku pseudopacjentów w szpitalach psychiatrycznych. Reakcje były wyraźnie zróżnicowane nawet w obrębie akademii medycznej. Mniej osób reagowało gotowością pomocy, jeśli kobieta dodawała, że szuka psychiatry, niż jeśli szukała internisty.

Bezsilność i depersonalizacja

Kontakt wzrokowy i werbalny wskazuje na zainteresowanie i wyróżnienie; ich brak natomiast - na unikanie i depersonalizację. Dane, które przedstawiłem, nie oddają w pełni bogactwa codziennych zdarzeń stanowiących konsekwencję depersonalizacji. Mam zanotowane przypadki bicia pacjentów przez personel za „grzech” zainicjowania kontaktu werbalnego. Sam na przykład widziałem, jak w obecności innych pacjentów bito jednego za to, że podszedł do salowego i powiedział: „Podobasz mi się”. Czasem kara wymierzana pacjentom za złe

zachowanie była tak wysoka, że nie dała się usprawiedliwić nawet najbardziej radykalną interpretacją regulaminu szpitalnego. Mimo to nikt nigdy nie kwestionował poczynań personelu pomocniczego. Personel często wpadał w złość. Pacjent, który nie usłyszał wezwania do przyjęcia lekarstw, dostawał ostrą reprimendę, a salowi z porannej zmiany często budzili pacjentów okrzykiem: „Wstawać, skurwysyny, wyłazić z łóżek”.

Ani anegdotyczne, ani rzetelne dane nie oddadzą przejmującego poczucia bezsilności ogarniającego osobę, która jest bezustannie poddawana depersonalizacji w szpitalu psychiatrycznym. Właściwie nie ma tu znaczenia, jaki to szpital psychiatryczny - renomowane zakłady państwowe i ekskluzywne szpitale prywatne były pod tym względem lepsze od prowincjonalnych, zaniedbanych zakładów, ale i tutaj cechy wspólne dla szpitali psychiatrycznych znacznie przewyższają widoczne między nimi różnice.

Bezsilność dawała się zauważyć na każdym kroku. Pacjent, z chwilą umieszczenia go w zakładzie psychiatrycznym, pozbawiony jest wielu praw. Nadana mu etykieta psychiatryczna wzbudza nieufność do niego. Pacjent ma ograniczoną swobodą poruszania się. Nie może z własnej inicjatywy nawiązywać kontaktów z członkami personelu, lecz tylko reagować na bodźce wychodzące od nich. Możliwości odosobnienia są minimalne. Członkowie personelu mogą pod jakimkolwiek pozorem wchodzić do pomieszczeń pacjentów i przeglądać ich rzeczy osobiste. Historie życia i choroby pacjentów są dostępne dla każdego członka personelu (często łącznie ze sprzątaczką i z praktykantem wolontariuszem), który zechce przejrzeć ich akta, niezależnie od tego, czy będzie to miało znaczenie dla przebiegu terapii. Higiena osobista pacjentów i czynności wydalania są często obserwowane. Zdarza się, że w niektórych zakładach ubikacje nie mają drzwi.

Czasami depersonalizacja osiągała takie rozmiary, że pseudopacjenci mieli poczucie, iż są niewidzialni albo przynajmniej niewarci zwracania na nich uwagi. Podczas przyjęcia do szpitala ja i inni pseudopacjenci zostaliśmy poddani wstępnym badaniom lekarskim w na wpół publicznym pomieszczeniu, w którym członkowie personelu zajmowali się swoimi sprawami, jak gdyby nas tam nie było.

Na oddziale salowi obrażali pacjentów słownie, a czasem wymierzali im surowe kary fizyczne w obecności innych, przyglądających się pacjentów, z których część (pseudopacjenci) wszystko to zapisywała. Obrażliwe zachowanie ustawało jednak dość gwałtownie, kiedy

wiedziano, że zbliża się inny członek personelu. Pacjenci, w odróżnieniu od członków personelu, nie są wiarygodnymi świadkami.

Pewna pielęgniarka odpięła fartuch, żeby poprawić sobie stanik, w obecności przyglądających się mężczyzn z całego oddziału. Nie wyczuwało się w jej zachowaniu kokieterii; po prostu nie zwracała na nas uwagi. Niektórzy członkowie personelu pokazywali sobie czasem jakiegoś pacjenta w świetlicy i rozmawiali o nim z wielkim ożywieniem, jak gdyby go tam nie było.

Istotną konsekwencją depersonalizacji jest przyjmowanie leków. W sumie pseudopacjentom przepisano blisko 2100 tabletek, między innymi elavil, stelazyne, trilafon i melleril. Warto również odnotować fakt, że różnym pacjentom przepisano tyle różnych leków, chociaż przejawiali identyczne objawy. Tylko dwie tabletki zostały połknięte. Resztę albo chowano do kieszeni, albo wyrzucano do ubikacji. Pseudopacjenci nie byli w tym odosobnieni. Nie dysponuję wprawdzie szczegółowymi danymi, ilu pacjentów nie brało leków, ale pseudopacjenci często znajdowali leki innych pacjentów w klozecie, zanim wrzucili tam własne. Niezależnie od tego, czy pacjenci i pseudopacjenci współdziałali ze sobą, czy też nie - ich zachowanie pozostawało nie zauważone, zarówno jeśli chodzi o przyjmowanie leków, jak i w innych sprawach.

Reakcje pseudopacjentów na depersonalizację były bardzo silne. Mimo że przybyli do szpitala w charakterze uczestniczących w jego życiu obserwatorów i doskonale zdawali sobie sprawę, że nie „należą” do niego, czuli jednak, że są jak gdyby schwytani w pułapkę procesu depersonalizacji, i usiłowali z nią walczyć. Oto kilka przykładów: student ostatniego roku psychologii poprosił żonę, by przyniosła mu do szpitala podręcznik, żeby mógł „nadrobić zadany materiał” - chociaż poczyniono daleko idące kroki ostrożności, by zataić jego zawodowe zainteresowania. Inny student, który nie mógł się doczekać, kiedy go przyjmą do szpitala - tak był zainteresowany tym doświadczeniem - teraz „przypomniał” sobie, że podczas weekendu chciał koniecznie zobaczyć wyścigi powozów, i nalegał, żeby go wypuszczono w tym czasie. Jeszcze inny pseudopacjent próbował nawiązać romans z pielęgniarką. Następnie oświadczył personelowi, że ubiega się o przyjęcie na wydział psychologii wyższej uczelni i że prawdopodobnie będzie przyjęty, skoro profesor uniwersytetu odwiedza go regularnie w szpitalu.

Ten sam pseudopacjent zaczął organizować psychoterapię z innymi pacjentami - wszystko po to, żeby się poczuć człowiekiem w tym bezosobowym otoczeniu.

Źródła depersonalizacji

Jakie są źródła depersonalizacji? Wymieniłem już dwa. Pierwsze, to postawa nas wszystkich wobec ludzi psychicznie chorych - łącznie z tymi, którzy ich leczą - postawa charakteryzująca się strachem i brakiem zaufania. Drugie, to ułatwiająca depersonalizację hierarchiczna struktura szpitala psychiatrycznego. Ci, którzy są na szczycie, mają najmniej do czynienia z pacjentami, a reszta personelu idzie za ich przykładem. Łączny czas, jaki psychiatrzy, psycholodzy, praktykanci i lekarze spędzali z pacjentami wahał się od 3,9 do 25,1 minut, przy czym średnia wynosiła 6,8 (wyniki uzyskane od sześciu pseudopacjentów podczas łącznie 129 dni hospitalizacji). W tej średniej zawiera się również czas poświęcony na wywiad przy przyjmowaniu pacjenta, na zebrania oddziału w obecności przełożonego, na psychoterapię grupową i indywidualną, zebrania, na których prezentowano dany przypadek, i spotkania przy wypisywaniu ze szpitala. Widać stąd wyraźnie, że pacjenci nie mają zbyt wielu okazji do kontaktowania się z lekarzami. A lekarze stanowią wzór dla pielęgniarek i salowych.

Depersonalizacja ma też przypuszczalnie inne źródła. Szpitale mają obecnie wiele kłopotów finansowych. Często brakuje personelu, czas jego jest więc bardzo cenny. Z czegoś trzeba rezygnować, a tym czymś jest kontakt z pacjentem. Ale chociaż kłopoty finansowe istnieją rzeczywiście, zbyt wiele im się przypisuje. Odnoszę wrażenie, że przyczyny psychologiczne, które powodują depersonalizację, są znacznie bardziej istotne niż kłopoty finansowe i że nawet zwiększenie liczby personelu nie polepszyłoby odpowiednio sytuacji pacjentów pod tym względem. Na przykład częstotliwość zebrań personelu czy olbrzymia liczba raportów na temat pacjentów nie zostały tak radykalnie ograniczone, jak kontakty z pacjentami. Nawet w ciężkich czasach zachowuje się pewne priorytety. W tradycyjnym szpitalu psychiatrycznym kontakt z pacjentem nie stanowi istotnego priorytetu i nie da się wytłumaczyć tego problemami finansowymi. Można to natomiast wytłumaczyć depersonalizacją.

Do depersonalizacji przyczynia się w sposób zamaskowany daleko posunięta wiara w leki psychotropowe, gdyż personel jest wówczas przekonany, że przeprowadza się przecież leczenie i dalsze kontakty z pacjentem nie są konieczne. Nawet w tym wypadku należy zachować

ostrożność w ocenie roli leków psychotropowych. Gdyby pacjenci zachowywali silną pozycję społeczną, a nie byli bezsilni, gdyby ich uważano za ciekawe indywidualności, a nie za „jednostki chorobowe”, gdyby społeczeństwo uznało ich za osoby znaczące, a nie za trędowatych, gdyby ich cierpienia w pełni wzbudzały nasze zainteresowanie i współczucie, czyż nie szukalibyśmy kontaktu z nimi, mimo stosowania leków? Może po prostu dla własnej przyjemności?

Konsekwencje etykietowania i depersonalizacji

Kiedy stosunek tego, co jest znane, do tego, co winno być znane, zbliża się do zera, wówczas mamy skłonności do stwarzania pozorów posiadania „wiedzy” i udawania, że wiemy więcej, niż wiemy naprawdę. Nie umiemy się właściwie przyznać do tego, że po prostu nie wiemy. Potrzeby w zakresie diagnostyki i terapii problemów behawioralnych i emocjonalnych są olbrzymie. Ale zamiast się przyznać, że dopiero usiłujemy je zrozumieć, wolimy nadawać pacjentom etykiety „schizofreników”, „jednostek maniakalno-depresyjnych” i „chorych psychicznie”, jak gdyby mogło to zastąpić zrozumienie tych zjawisk. Fakty wyglądają tak, że od dłuższego czasu wiemy, iż diagnozy są często nieprzydatne lub niewiarygodne, a mimo to nadal się nimi posługujemy. Wiemy już, że nie potrafimy odróżnić choroby psychicznej od zdrowia psychicznego. Rozważania na temat tego, jak ta informacja zostaje wykorzystana, są przygnębiające.

Nie tylko zresztą przygnębiające, ale i przerażające. Ciekawe, ilu ludzi w szpitalach psychiatrycznych jest zdrowych, ale uważanych za chorych? Ilu ludzi niepotrzebnie pozbawiono praw obywatelskich, prawa do głosowania i skazano na wariackie papiery? Ilu ludzi pozorowało chorobę psychiczną, żeby uniknąć konsekwencji prawnych swoich przestępstw, i przeciwnie, ilu woli proces sądowy od nie kończącego się pobytu w szpitalu psychiatrycznym - ale niesłusznie uważa się ich za chorych psychicznie? Ilu żyje z piętnem postawionej w dobrych zamiarach, niemniej błędnej diagnozy? W tym ostatnim wypadku proszę pamiętać, że „błąd drugiego typu” w diagnostyce psychiatrycznej nie pociąga za sobą takich samych konsekwencji, jak błąd w diagnostyce somatycznej. Jeżeli się odkryje, że diagnoza raka jest błędna - to tylko powód do radości. Natomiast rzadko się przyznajemy do błędów w diagnozach psychiatrycznych. Etykieta pozostaje na zawsze piętnem ułomności danej osoby.

Wreszcie ilu ludzi może być „zdrowych psychicznie” poza obrębem szpitala psychiatrycznego, a chorych w takim zakładzie, nie dlatego, że obłąd niejako w nich tkwi, ale dlatego, że reagują na nienaturalne otoczenie, które jest, być może, specyficzne dla pewnych instytucji? Goffma, nazywa proces przystosowywania się do takich instytucji „martwieniem” (obumieraniem) - ta trafna metafora zawiera w sobie opisywany tu proces depersonalizacji. I chociaż nie da się ustalić, czy reakcje pseudopacjentów na te procesy są charakterystyczne dla wszystkich - nie byli oni, mimo wszystko, prawdziwymi pacjentami - trudno uwierzyć, że procesy socjalizacji w szpitalach psychiatrycznych uczą postaw czy nawyków behawioralnych przydatnych w życiu w „rzeczywistym świecie”.

Podsumowanie i wnioski

Jest dla nas rzeczą oczywistą, że w szpitalu psychiatrycznym nie umiemy odróżnić zdrowych psychicznie od chorych psychicznie. Sam szpital stwarza specjalne warunki, w których łatwo o błędną ocenę znaczenia danych zachowań. Wydaje się, że konsekwencje wynikające dla pacjentów hospitalizowanych w takich warunkach - bezsilność, depersonalizacja, segregacja i „obumieranie” - są niewątpliwie anty terapeutyczne.

Nie rozumiem jeszcze tych problemów na tyle dobrze, by móc proponować rozwiązania. Pewne nadzieje budzą takie próby, jak tworzenie środowiskowych ośrodków zdrowia psychicznego, ośrodków interwencji w sytuacjach kryzysowych czy ruchu samorealizacji. Przy wszystkich swoich wadach ośrodki te starają się unikać etykiet psychiatrycznych, koncentrować na poszczególnych problemach i zachowaniach i utrzymywać jednostkę we względnie nieupokarzających warunkach. Jeśli powstrzymujemy się od umieszczania osób zaburzonych w zakładach wyciskających piętno choroby psychicznej, nasze spostrzeżenia o zachowaniu się tych ludzi są mniej wypaczone. (Wydaje mi się, że ryzyko wypaczonych obserwacji istnieje zawsze, gdyż jesteśmy o wiele bardziej wrażliwi na zachowania i słowa jednostek niż na subtelne bodźce środowiskowe, które często je wywołują. Istotną rolę odgrywa tu kwestia rozmiarów tego wypaczenia. Jak wykazaliśmy, rozmiary tego wypaczenia są niebywale w ekstremalnych warunkach, jakie stwarza szpital psychiatryczny).

Inna sprawa, która budzi nadzieje, wiąże się z możliwością zwiększania wrażliwości pracowników służby psychiatrycznej i badaczy z tej dziedziny, tak by mogli zrozumieć sytuację

pacjentów przebywających w szpitalu psychiatrycznym. Poznanie takiej książki jak *Paragraf 22* Josepha Hellera czy innych publikacji z tej dziedziny może pomóc pracownikom oraz badaczom. Dla innych mogą płynąć olbrzymie korzyści z bezpośredniego doświadczenia na sobie wpływów hospitalizacji psychiatrycznej. Dalsze badania w zakresie psychologii społecznej takich instytucji jak szpital psychiatryczny z pewnością ułatwią leczenie, jak i pogłębią zrozumienie tych problemów.

Wszyscy pseudopacjenci, łącznie ze mną, mieli w otoczeniu psychiatrycznym wyraźnie negatywne reakcje. Nie stwarzamy pozorów, że nasze opisy oddają w pełni subiektywne doświadczenia prawdziwych pacjentów. Ich doświadczenia mogą się różnić od naszych, zwłaszcza po upływie dłuższego czasu i po nieuniknionym procesie adaptacji do danego otoczenia. Ale możemy mówić i mówimy o bardziej obiektywnych wskaźnikach traktowania pacjentów w szpitalu. Twierdzenie, że to, co się nam zdarzyło, wynikało ze złośliwości czy głupoty personelu, byłoby karygodnym błędem. Wprost przeciwnie, odnosiliśmy wrażenie, że byli to ludzie naprawdę przejawiający troskę, ludzie z powołaniem i wyjątkowo inteligentni. Będzie bardziej sprawiedliwe, jeśli ich zachowanie przypiszemy nienormalnej sytuacji, w której się znaleźli, niż złej woli. Ich percepcja i zachowania wynikały z tego samego niekorzystnego otoczenia, a nie były wynikiem złośliwego nastawienia. W bardziej sprzyjających okolicznościach, przywiązując mniejszą wagę do diagnozy psychiatrycznej i zachowując większą swobodę sądów, mogliby działać bardziej efektywnie.

przełożyła Anna Kołyszko