

Darja Zaviršek

PSIHIATRIČNI ODDELEK MED BOLEZNIJO IN NJENO KULTURNO MANIFESTACIJO

ŠTUDIJA PRIMERA

(III)

ŽIVLJENJE V INSTITUCIJI

Na oddelku živi heterogena skupina žensk v starosti med 15 in 72 let. Razdeliti jih je mogoče na štiri skupine: 1) uporabnice, ki živijo v bolnišnici več kot 10 let; 2) tiste, ki se po principu "vrtečih vrat" vračajo v bolnišnico skozi daljše obdobje; 3) tiste, ki so zaradi globoke krize prišle v bolnišnico prvič; 4) uporabnice dnevne oskrbe, ki prihajajo v bolnišnico zjutraj in se po kosilu vračajo domov. Zaradi velike razlike med tistimi, ki v bolnišnici živijo več let, in onimi, ki vanjo vedno znova prihajajo, jih je mogoče razdeliti na "stanovalke" in "obiskovalke". Le redko se družijo med seboj, saj živijo v dveh različnih realnostih, v realnosti institucionalnega življenja in v realnosti vsakdanjega življenja, ki ga je za krajši čas pretrgal vstop v bolnišnico. Interes prvih je usmerjen navznoter, v ustanovo (kadar pojejo, si ena od žensk z dolgoletno institucionalno kariero vedno izbere pesem "Mi se imamo radi", ob kateri se občasne obiskovalke le neprijetno zdrznejo), interes drugih pa ven, v pričakovanje obiskov in odpusta iz bolnišnice.

Nekatere so v bolnišnici zato, ker nimajo nikogar, s komer bi stanovale, druge zato, ker jih poročeni otroci nočejo vzeti nazaj v hišo ali pa nimajo iti drugam. Ker nekatere živijo v njej že več let, tega znanega prostora nočejo zamenjati z neznanim prostorom v enem od domov za ostarele. Odnos osebja do njih je bolj domač kot do drugih pacientk. Nekatere pomagajo osebju pri čiščenju prostorov. Po eni strani so z osebjem v familiarnem odnosu, po

drugi strani pa na prenatrpanem oddelku, kamor prihajajo vedno nove pacientke, zanje zmanjkuje časa.

Zaradi opisane heterogenosti so nekatere uporabnice v vprašalniku odkrile sklope vprašanj, ki so relevantna za njihovo življenje, in sklope vprašanj, ki niso. Ko sem jih spraševala po službah, ki bi po njihovem prepričanju bolj ustrezale njihovim potrebam, pa je bila večini skupna zadrega. Skupna značilnost večine odgovorov je bila, da so sprijaznjene s situacijo in da izražajo neko specifično tautologijo. Več žensk je na vprašanje, kaj bi bilo mogoče po njihovem mnenju na oddelku spremeniti, odgovorilo, da si želijo le tega, da bi ozdravele. Sprememba se lahko torej zgodi le v njihovi "notranjosti". Posameznica tako interiorizira tudi tisto, kar je del zunanjega sveta in neenakih razmer, v katerih živijo različne skupine ljudi. Morda pa se v tem odgovoru skriva tudi želja po umiku z oddelka in iz bolnišnice, saj ozdravitev pomeni tudi, da ji bolnišnica ne bi bila več potrebna.

Heterogenost uporabnic pa so presegla vprašanja, ki se nanašajo na njihovo socialno situacijo, vprašanja, kaj najpogosteje naredijo, ko so v stiski in ko jim gre slabo, in vprašanja, ki se nanašajo na njihovo socialno mrežo. Čeprav prihajajo v psihiatrično bolnišnico ljudje iz vseh družbenih slojev in skupin, prevladujejo med ženskami tiste posameznice, katerih socialni položaj je negotovejši in ki pripadajo srednjim in nižjim slojem prebivalstva. Za vse je značilno, da imajo po obsegu majhno in na redko prepredeno socialno mrežo, ki je

najpogostejše sestavljena iz najožjih članov družine in širšega sorodstva. Nekatere ženske živijo z možem in otroci, druge živijo same in tretje z ostarelimi starši ali odraslimi otroci.

Tiste, ki živijo v bolnišnici že več let, nimajo stikov z zunanjim svetom. Ena od njih, ki je prišla v Polje iz doma za ostarele, kjer živi že več kot 10 let, je na vprašanje, kateri ljudje so ali so bili najpomembnejši, najbližji v njenem življenju, odgovorila: "Zdravnik in strežnice." Njeno življenje je omejeno na življenjsko okolje institucije in tudi njeni socialni stiki so vezani na ljudi, ki so del različnih institucij.

Poleg intervjujev je bilo izvedenih 36 vprašalnikov, kar ni dovolj za prikaz reprezentativnega vzorca, vseeno pa prispeva k vedenju o socialnem in emocionalnem položaju uporabnic. Ker so bili vprašalniki iz že omenjenih razlogov pogosto nepopolno izpolnjeni, bom prikazala le tiste podatke, ki kažejo določene zanimivosti in posebnosti:

1. Večina vprašanih je opravljala delo v proizvodnji, najpogostejše kot nekvalificirane, polkvalificirane ali kvalificirane delavke.

2. Večina jih je izjavila, da so bili najpomembnejši ljudje v njihovem življenju starši ali kakšna ženska oseba (mama, sestra, teta, stara mama ipd.).

3. Večina žensk je delo v gospodinjstvu opravljala sama, brez pomoči.

4. Med načini ravnanja, ki so za posameznice značilni v trenutkih, ko jim gre zelo slabo, so naštele: vzamejo tablete za živce; veliko spijo; jokajo; se izogibajo ljudi; sedijo in ne delajo nič. Jok in spanje so posameznice navedle kot najpomembnejši dejanji premagovanja kriznih situacij. Nekatere so pripovedovale o manj spolno specifičnih manifestacijah svojih stisk: prenehale so govoriti, začele so se pogovarjati z glasovi v svojih glavah, začele so na skrivaj, ali pa tudi ne, piti alkohol.

5. Posameznice so le v nekaj primerih pritrdilno odgovorile na vprašanje o izkušnjah fizičnega, psihičnega ali spolnega nasilja. Več pa jih je o tem pripovedovalo na koncu vprašalnika. Tiste, ki so na vprašanja o zlorabah odgovorile pritrdilno, so partnerjevo nasilno obnašanje povezovale z njegovim pijančevanjem. Izmed vseh vprašanih je skoraj polovica doživela fizično nasilje sorodnikov.

6. Od 29 posameznic, ki so odgovarjale na vprašanja o spolnem nasilju, jih je 6 izjavilo, da so doživele spolno nadlegovanje z besedami, 9 pa jih je odgovorilo, da so preživele posilstvo. Izmed oseb, ki so na vprašanje odgovorile, je torej vsaka tretja doživela posilstvo.

7. Od 29 oseb, ki so odgovarjale na vprašanja o spolnih zlorabah, jih je 11 odgovorilo, da so bile spolno zlorabljene. Zloraba se je najpogostejše dogajala med 8 in 14 letom starosti. V enem primeru je bil povzročitelj brat, v dveh sosed, v dveh stric, v treh primerih stari oče, enkrat mož in enkrat učitelj. Ena oseba ni hotela povedati, kdo je bil povzročitelj.

8. V materialnem pomanjkanju lahko dobi večina žensk pomoč od sorodnikov, zlasti od bratov, sester in staršev (denarna pomoč, zavetje). Emocionalno podporo pa večina išče zunaj sorodstvenega kroga, med redkimi prijateljicami in prijatelji.

9. Večina je odgovorila, da so jim vstop v bolnišnico predlagali sorodniki ali možje, dosti pa se jih je za prihod odločilo tudi samih.

10. Posameznice so kot pomembne dejavnike, ki so po njihovem mnenju vplivali na to, da so prišle v bolnišnico, najpogostejše navedle: ekonomske težave, pomanjkanje stanovanja, smrt matere, smrt očeta, smrt otroka, alkoholizem v družini, prevelike delovne obremenitve v službi, nesrečni zakon ali partnerska zveza, nesrečno otroštvo, izguba človeka, ki ga je imela rada, partnerjevo pretepanje, revščina. Med naštetim so posameznice najvišje rangirale smrt matere, izgubo človeka, ki so ga imele rade, partnerjevo pretepanje, revščino.

11. Na vprašanje, o čem najpogostejše razmišljajo, odkar so v bolnišnici, so odgovarjale: kako je doma; kdaj bom lahko šla domov; kaj sem naredila narobe; kaj bom počela, ko pridem ven; kako bodo gledali name ljudje, ki me poznajo. Vsi odgovori so bili povezani z iskanjem lastne krivde in z etiketo, ki jo bodo dobile od okolice. Nobena ni obkrožila odgovorov v zvezi s samopomočjo in z aktivnim iskanjem dodatne pomoči.

12. Na vprašanje, kaj bi po njihovem mnenju potrebovale kot uporabnic bolnišnice, jih je večina odgovorila: več pogovorov s psihiatrinjo; skupinske pogovore z ljudmi, ki imajo iste

težave, tečaje o tem, kako spoznati samo sebe; tečaje o učinkih tablet; tečaje o tem, kakšne socialne in pravne službe obstajajo in kako se je mogoče obrniti nanje.

To kaže na že večkrat omenjeno potrebo, da bi imel človek, ki je v stiski, priložnost, da se o tem s kom pogovori, pa naj gre za strokovno osebje ali pa za ljudi s podobnimi izkušnjami. Obenem pa odgovori opozarjajo na njihovo nikoli izraženo potrebo po temeljnih informacijah o uporabi tablet, o drugih službah in o socialnih in pravnih znanjih. Prav to bi morala biti vloga socialne delavke/delavca, ki je danes reducirana zlasti na premeščanje dolgotrajnih pacientk in pacientov v domove za ostarele.

13. Ena od oseb, ki so odgovarjale na vprašalnik, je bila prvič hospitalizirana leta 1946.

Veliko žensk se je spominjalo življenja na različnih oddelkih v preteklosti in vse so poudarjale, da se je "veliko spremenilo". Več informatork je izjavljalo, da je zdaj na oddelku bolje, kot je bilo, saj so se "hudobne, agresivne stare sestre in strežnice" upokojile.

Ena od informatork, ki prišla v Polje prvič leta 1957, ko je bila stara 24 let, se spominja: "Včasih so bila vrata zaklenjena, vse je bilo zaprto. Bolnice so vpile in razgrajale, sestre pa so jih mirile. Večkrat so me dali v mrežo in zaklenili vrata. Včasih sem butala po njih in so jih odprle. Bolnice so me brez razloga teple, jaz sem jokala. Včasih nisem hotela biti v bolnišnici, zdaj pa sem se tako pozdravila, da sem na dnevni oskrbi." Dnevna oskrba ji pomeni "izboljšanje bolezni" in ne pomanjkanja vmesnih struktur, kjer taka institucionalizacija vsakdanjega življenja ne bi bila potrebna.

Druga informatorka, ki je prišla v bolnišnico, ko je bila stara 18 let, in je preživela v Polju nepretrgoma pet let, od svojega 24. do 29. leta, danes pa je v dnevni oskrbi, je pripovedovala: "Ko sem bila prvič tu, se nisem mogla privaditi bolnice. Bila sem na insulinu in ko sem rekla, da hočem domov, so me dali v mrežo. Zdaj sem se čisto umirila. Najprej so mislili, da je meningitis, potem pa so ugotovili, da je živčnega izvora. Včasih sem se doma zelo sekirala zaradi tega, ker sem bolna, /zato/ pa sem dobila živčni zlom. Dobivala sem napade in začela vpiti in nato so me odpeljali. Zdravnica mi je

rekla, da imam bolne živce. Že od 30. leta naprej sem na tem oddelku. Zdaj je vse veliko bolj urejeno. Včasih je bilo vse zaklenjeno in nisi mogel ven. Če bi ostala doma, bi se poročila, mogoče se še bom."

Ženska, ki je v bolnišnici že 25 let in je bila hospitalizirana pri 17 letih, se je spominjala, kako je bilo v Polju včasih: "Prej je bilo veliko težje. Najhuje je bilo, ko smo morali nositi hrano navzgor po stopnicah. Zdaj je jedilnica in je veliko lažje. Tudi k maši grem zdaj vedno lahko."

Tudi bolnišnica znotraj sebe ni homogena ustanova, temveč obstajajo med oddelki številne razlike. Eni so "boljši", drugi "slabši", na nekaterih je duh starega reda bolj navzoč kot na drugih. Nekateri oddelki se začenjajo vse bolj razlikovati od drugih, postajajo odprtejši in pozornejši na razlike in individualne potrebe. Tem oddelkom uporabnice pravijo, da so "nekaj posebnega".

Večina uporabnic se s prevzemom vloge pacientke postavi v položaj totalne odvisnosti. Ne le, da svoje življenje definirajo le še prek bolezni, kar dokazujejo tudi izjave o tem, da bo takrat, ko bodo ozdravele, vse drugače, temveč se večina od njih v celoti prepušča "pogledu drugega". Pogosto je katera od uporabnic vprašala članico osebja: "Povejte mi, ali sem danes kaj boljša?" Današnje visoko specializirano in segregirano medicinsko znanje povzroča, da ljudje, ki so v vlogi pacientov, praviloma z lahkoto in brez prevpraševanja sprejemajo medicinske sodbe, zdravniške diagnoze in medicinske obravnave, kar vzpostavlja posebno razmerje med zdravnikom, ki vodi obravnavo, in pacientom, ki ima od zdravljenja neka določena pričakovanja. Totalna odvisnost sproži tudi totalno odgovornost in totalen nadzor. Odnos zdravnica-pacientka v simbolnem in dejanskem smislu implicira odnose neenakosti, hierahije in binarnih nasprotij odgovornost/odvisnost, moč/nemoč, oblast/podrejenost, strokovnost/laičnost.

Kot poudarja Rosenberg (1992), je temelj zdravnikove socialne vloge v tem, da išče zdravljenje, ki potrebuje poimenovanje. Gre za zdravnikovo sposobnost poimenovati pacientovo bolečino, dati ime stvarim, ki jih odkrije, saj lahko šele tako deluje kot zdravnik. Zato je

bolje dati slabo ali netočno diagnozo kot nobene. Vprašanje je, kako vpliva dejstvo, da nekateri v bolnišnici ne vedo, kakšno diagnozo so dobili, na njihovo duševno zdravje. Ali je perspektiva diagnosticiranja enaka za zdravnika in za pacienta? Če znova pogledamo na vprašanje diagnosticiranja z vidika političnega, je mogoče pritrditi Rosenbergu, ki poudarja, da "klasifikacije bolezni strežejo racionalizaciji in temu, da medijirajo ter legitimirajo odnose med posamezniki in institucijami v birokratski družbi" (1992: 21).

Ko sem spraševala posameznice, ali bi se v bolnišnici bolje počutile, če bi imele svojo sobo, jih je večina odgovorila, da je ne potrebujejo. V očeh mnogih sem zagledala strah pred tem, da bi bile še bolj same. Imeti svojo sobo bi lahko tudi pomenilo, da ne bodo prišle nikoli več ven. Ugotovila sem, da odgovor ni povezan s starostjo ali slojevsko pripadnostjo. Zdi se, da je pristajanje na to, da živijo v sobi tri ženske skupaj, pomeni, da se ves čas ohranja občutek prehodnosti, trden občutek, da je "le bolnišnica". V bolnišnici pa se človek pozdravi in gre spet domov. Nekaj intervjuvank je izjavilo, da bi jih bilo strah, če bi bile same v sobi.

Življenje v bolnišnici je postalo sproščenije, osebe prijaznejše, na oddelkih pa je manj vrat, ključev in zapiranja. Veliko se jih je spominjalo dogodka, ko so jih prvič zaprli v zamreženo posteljo, kot travmatičnega doživljanja. Uporabnice so pripovedovale, da je bil v preteklosti dogodek, ko so nekoga "strpali v mrežo", pogostejši kot danes. Ena od žensk je svoja občutja, ko so jo dajali v mrežo, primerjala s tistimi, ki jih je imela takrat, ko je doživela posilstvo. Izkušnja zaprtosti v zamreženi postelji je ena od izkušenj nasilja in zlorabe v instituciji.

Ena redkih študij v zvezi z osamitvijo psihiatričnih pacientov je že omenjena študija Julie Brown in Sharon Tooke (1992), ki pokaže, kako je bila osamitev vedno priljubljena

metoda za discipliniranje ljudi, ki so označeni kot psihotični, duševno prizadeti, izrojani in emocionalno moteni. Namen osamitve je bil odvisen od trenutnega koncepta duševne bolezni in od koncepta njenega zdravljenja. Avtorici sta z analizo 26 empiričnih študij v zvezi z osamitvijo psihiatričnih pacientov prikazali najpogostejše razloge za osamitev, pogoje osamitve, skupine oseb, ki se jih najpogosteje osami, in njen emocionalni učinek.

Praviloma dojemajo pacienti medicinske sestre kot osebe, ki imajo veliko moč, saj so one tiste, ki najpogosteje izvajajo tovrstno izločanje in kaznovanje. Nasprotno dojemajo medicinske sestre same sebe kot osebe, ki so brez moči, kar z vidika bolnišnične hierarhije in podcenjenosti sestrskega poklica tudi drži. Medicinske sestre so po raziskavah o izoliranju psihiatričnih pacientov prepričane, da "delajo prav", ko osamijo osebo, da so tako varnejše in bolj gotove, in so prepričane, da pomagajo pacientu in nemotenem delovanju oddelka. Za tradicionalne psihiatrične institucije lahko z gotovostjo trdimo, da devalvirani status sestrskega poklica skupaj z dejanskimi izkušnjami nemoči, ki so povezane s slabo izobrazbo in celotno organizacijo institucije, povečujejo število represivnih ukrepov. Le-ti so edini način, da se osebe počuti varnejše in dobi občutek, da obvlada situacijo, in hkrati pomenijo tudi moč, ki je v drugih institucionalnih sferah ne morejo izvajati.

V raziskavi Brown in Tooke (1992) je 74% pacientov izjavilo, da so medicinske sestre prepričane, da je človek "dobil, kar je zaslužil" in da gre za način manifestiranja moči. Medicinske sestre pa so, nasprotno, v 91% primerov izjavile, da se ne počutijo tako, kot da bi imele moč, in 79% jih je izjavilo, da nikoli ne mislijo, da je izolirani pacient "dobil, kar je zaslužil" (1992: 718).¹

Danes je v zahodnih bolnišnicah medicinska sestra vse bolj v vlogi mediatorke in svetovalke. Sestre opravljajo dela, ki so jih včasih

¹ Nekateri raziskave so pokazale, da zdravniki ocenjujejo medicinske sestre glede na to, kako dobro odgovarjajo na potrebe in zahteve zdravnikov in ne po tem, kako dobro odgovarjajo na potrebe pacientov (MATHEWS 1983). To pa tudi pomeni, da ni bilo tako pomembno, kakšne informacije o sestrah je oseba dobila od pacientov, dokler so bile urejene stvari, ki so zadevale zdravnike. Leta 1950, na primer, je bilo v *Kodeksu etike ameriške zveze medicinskih sester* (American Nurses Association Code of Ethics) zapisano: "Dolžnost medicinske sestre je, da dela po navodilih zdravnika in da varuje njegov položaj." Leta 1970 pa se je zakon glasil: "Glavna odgovornost medicinske sestre je, da skrbi za tiste, ki zahtevajo medicinsko oskrbo" (MATHEWS 1983: 1376).

opravljali le psihiatri ali zdravniki (intervjuji, svetovanje, obiski na domu itn.). V tem smislu postaja medicinska sestra vedno bolj vmesni člen med pacientom in zdravnikom. Njeno delo ni omejeno le na bolnišnico, temveč vse bolj tudi na lokalno skupnost. To dokazuje, da se vse bolj zabrisuje stroga meja med tem, kaj je medicinska informacija in kaj ni zgolj medicinska informacija, kar je prineslo tudi redefinicijo vloge medicinske sestre.

Večina strokovnega osebja v psihiatriji je izjavila, da je glavni razlog osamitve, da onemogoči nasilje nad drugimi, povzročitev poškodb samemu sebi in uničevanje lastnine. Osebe v psihiatriji je mogoče razdeliti na tiste, ki redko uporabijo osamitev, in tiste, ki jo uporabijo pogosto, da bi zagotovili nemoten potek dela na oddelku. Nekateri člani osebja uporabljajo osamitev tudi kot terapevtsko sredstvo, kot posebno obliko terapevtske intervencije. Nekateri uporabljajo osamitev tako dolgo, dokler se ne pokažejo efekti psihofarmakov, saj mnogo strokovnjakov trdi, da je osamitev najpomembnejše terapevtsko sredstvo za zmanjšanje čutilnega inputa.

Čeprav je splošno prepričanje tako osebja kot pacientov, da je osamitev posledica nasilja, dejanske študije tega prepričanja niso potrdile. Analize opisov, ki so navajali razlog za osamitev, so pokazale, da večina pacientov dejansko ni bila nasilna, temveč je bila izražena le potencialna možnost za nasilno vedenje. Neposredno vprašanje, zakaj je bil človek odstranjen iz oddelka, je pokazalo, da so tako osebe kot pacienti izjavljali, da je bil človek odstranjen, ker je bil preveč moteč za oddelk in ker je bilo treba zagotoviti nemoteno delovanje oddelka. Obenem pa je raziskava pokazala, da dosti pacientov ni vedelo, zakaj jih je osebe osamilo. Razlika med odgovori osebja in pacientov je pokazala, da več pacientov kot osebja verjame, da so bili izolirani zaradi kazni. V eni od študij je 30% osebja in 58-75% pacientov izjavilo, da je bila osamitev kazen (BROWN, TOOKE 1992). Nekaterе študije dokazujejo, da je večina osebja prepričana, da osamitev človeka umiri, da se pacient potem "lepše" obnaša, in da se zmanjšajo moteči socialni stiki, ki jih oseba navaja. S perspektive pacientov pa so raziskave ugotovile, da je "lepše vedenje"

povezano z posameznikovim "učenjem" tega, kaj pomeni za osebe moteče vedenje in kaj je tisto vedenje, ki jih bo obvarovalo večjih zlorab in kaznovanih metod. Pacienti se naučijo taktik, ki jim omogočajo čimboljše preživetje na oddelku, in načinov vedenja, ki jim prinaša čimmanj izgub.

Kaznovalni aspekt osamitve dokazuje tudi dejstvo, da je mnogo pacientov izoliranih takoj po sprejemu, kar pomeni, da osamitev ni "zadnje sredstvo", ki ostane na voljo, saj osebe šele pozneje uporabi manj nasilna medicinska sredstva. Razlogi in okoliščine, ki pripeljejo do osamitve, so povezani bolj z osebjem in delovanjem oddelka kot z nasilnostjo pacienta. Včasih je osamitev povezana z dejstvom, da pride na oddelk v istem času več nasilnih pacientov, s pomanjkanjem osebja na oddelku, z določenim dnevom (prazniki ali nedelje), z dnevnim obdobjem (ponoči ali popoldan). Nekaterе študije ugotavljajo, da je osamitev več takrat, ko je na oddelku veliko ali preveč osebja. V obeh primerih pa je osamitev povezana bolj z okoliščinami na oddelku kot s stanjem pacienta v trenutku osamitve. Tudi njihovo število je povezano bolj s filozofijo obravnave, terapije in pacientovih pravic, ki vlada na oddelkih, kot s samim nasiljem, saj raziskave kažejo, da število nasilnih situacij ni višje v ustanovah, kjer metod osamitve ne uporabljajo. Število osamitev je povezano s strokovno izobraženostjo osebja in njihovim pogledom na izolacijo. Njihovo število je višje tam, kjer ima osebe slabši odnos do skrbi za paciente, in tam, kjer ima osebe manj izkušenj z vedenjem, ki je težje obvladljivo, moteče, izzivalno. Čas trajanja osamitve je prav tako eden od dokazov, kako arbitraren je sklep, da določeno vedenje zahteva osamitev. Analiza 40 različnih psihiatričnih institucij je ugotovila, da je čas trajanja osamitve med 1,5 ure do 50,6 ur, ne da bi ob tem obstajale tudi jasne razlike v vedenju ali v diagnozah.

Navadno je osamitev značilna za paciente, ki so mlajši in na začetku psihiatrične kariere. Nekaterе raziskave so ugotovile, da je verjetnost bistveno višja pri tistih, ki so prisilno hospitalizirani, so ženskega spola in imajo diagnozo duševne zaostalosti (BROWN, TOOKE 1992: 79). Ta skupina pacientov ni bolj nasilna,

temveč se v zvezi z njimi spleta med osebje negativnejše podobe, povezane s stereotipom o njihovi nasilnosti in bolezni.

Kot torej pokazeta Julia Brown in Sharon Tooke (*ibid.*), je osamitev pozitivna zlasti za osebe in za druge paciente, najmanj pa za prizadeto osebo. V njuni študiji so medicinske sestre izjavljale, da imajo največjo korist pri osamitvi najprej drugi pacienti, nato oseba, ki je bila izločena, in na koncu osebe. Nasprotno pa so pacienti izjavljali, da ima največjo korist od izločitve osebe, nato drugi pacienti, bolnišnica v celoti in šele na koncu oseba, ki je bila izolirana. Zanimivo je, da se obe skupini strinjata, da oseba, ki je izolirana, nima največ koristi od osamitve. To pa ponovno sproži vprašanja o etiki osamitve in o pravicah človeka, ki je prišel v psihiatrijo.

Gre namreč za dejanje kaznovanja, ki zbujata tesnobo in strah ter nasprotuje temeljnim pravicam pacienta po svobodi in spoštovanju. Politika osamitve je nezdružljiva s politiko skupnostne in socialne psihiatrije, saj so mnoge študije opozorile na njen antiterapevtski učinek, ki pogosto producira nove simptome. Veliko pacientov je imelo v času osamitve izkušnjo halucinacij, občutke zanemarjanja zaradi izolacije, zid med realnostjo in fantazijskim svetom pa se je včasih še utrdil. Osamitev je praviloma povezana tudi z drugimi mortifikacijskimi elementi jaza (oseba urinira v posteljo, ker ne more priklicati osebja, leži gola in jo zebe, ne more do pijače, je v sobi brez pohištva razen zamrežene postelje ipd). Kot poudarjata avtorici (*ibid.*), ni mogoče govoriti o terapevtskih pozitivnih učinkih osamitve tako, da se opazuje le bolj umirjeno in nemoteče vedenje. Nemoteče vedenje še ne pomeni emocionalnega dobrega počutja, kar so dokazale tudi raziskave, v katerih je večina pacientov govorila o negativnih učinkih, občutkih jeze in depresije po tem, ko so prišli iz osamitve. Mnoge informatorki so govorile o osamitvi, ki so jo doživele v Polju, kot o "najhujši stvari", ki se jim je v psihiatriji zgodila, o ponižanju, zanemarjanju in emocionalni deprivaciji.

V socialnih in psihosocialnih institucijah so na delu številne diskriminacije (starostna, etnična, glede na spolno usmerjenost, glede na diagnozo itn.), ki se skrivajo tudi v času, ki ga

osebje posveti določeni pacientki. Nekatere ga dobijo več, druge manj in tretje praviloma nič. Dobiti čas je v psihiatriji privilegij. Christine Perring (1990) v svoji raziskavi poudarja, da je osebe pozabilo na življenjske zgodbe ljudi z dolgotrajno psihiatrično hospitalizacijo, kar je avtorica označila kot enega od vidikov devalvacije pacientov kot ljudi. V Polju velja taka devalvacija za nekatere ženske, za druge ne. Okoli nekaterih oseb se spleta najrazličnejši miti. Zdi se, da človek preživi s svojo osebno zgodovino le, če se ta spremeni v mit. Zdi se, da je v Polju posebnost na neki prav poseben način cenjena, brez zgodovine pa so vse tiste ženske, o katerih se ne spletajo miti in ki so tudi same neopazne in nemoteče. Pogosto so brez zgodovine starejše ženske in tiste, ki so tudi fizično bodisi zaradi svojega telesa, bodisi zaradi učinkov psihofarmakov ali osebne institucionalizacije neprijetne na pogled. Tu se kaže vpliv diskriminacije glede na starost in glede na telo.

Določena vrsta diskriminacije je tudi samo dejstvo, da postane človek, ki pride v institucijo, po določenem obdobju brez zgodovine in brez življenja, ki ga je živel prej. V deželah, kjer so se začele skupnostne službe razvijati ob koncu 70. let in je deinstitucionalizacija omogočila, da je začelo veliko ljudi živeti v skupnostnih oblikah namestitev, so člani osebja teh stanovanjskih skupin, pa tudi drugi začeli ponovno iskati pozabljene zgodbe dolgoletnih uporabnikov in uporabnic psihiatričnih bolnišnic. Takrat je najostreje prišlo na dan, da se je z vstopom v institucijo pretrgalo človekovo socialno življenje. Od tam naprej so se začele institucionalizacija, kronifikacija in mortifikacija jaza. To je v svoji raziskavi pokazala tudi Christine Perring (1990), ko je zapisala: "Ko so opisovali svoje življenje, so lahko stanovalci brez težav govorili o predbolnišničnem življenju, otroštvu, vsakdanjosti in spremembah. Ko pa naj bi spregovorili o vstopu v bolnišnico, se je zdelo, da so njihove zgodbe umrle - tako kot se je zdelo, da je umrlo njihovo vsakdanje življenje. Naučili so se živeti v bolnišnici, počasi so jo sprejeli kot svoj dom, vendar pa je tisto malo, kar so imeli povedati o dolgih letih v bolnišnici, odražalo njihovo doživetje vrednosti tega v njihovem življenju" (*ibid.*: 154).

Skupna značilnost oseb na oddelku je, da dobivajo psihofarmakološka sredstva. Zdravila so po eni strani pregrada med čustvi in zunanjim svetom, po drugi strani pa imajo simbolno vlogo: "kdor jemlje zdravilo, bo ozdravel."

Nekatere vedo, katera zdravila jemljejo, večina pa je poznala le njihovo barvo. Odgovori so si bili med seboj podobni: "Dobivam eno rumeno tabletko, trikrat na dan dve beli, eno kapsulo in dve rjavi." To pomeni, da uporabnice bolnišnice nimajo nobene informacije in nobenega nadzora nad tem, kakšna zdravila dobivajo, kakšno količino, in kakšni so njihovi stranski učinki. Nekatere uporabnice so govorile, da se počutijo v sebi "zapačane", "polne strupov in kemije". Nekatere so dejale, da si najbolj na svetu želijo, da bi enkrat nehale jemati zdravila.

Ena od njih je pripovedovala: "Zdravnica mi je rekla, da je moja bolezen mogoče povezana z nizkim pritiskom. Ko sem bila na sprejemni, so mi dali injekcijo in sem padla skupaj. Potem so mi hitro dali še eno injekcijo za pritisk. Zaspala sem, zdaj se mi vrti v glavi, na bruhanje mi gre. Pa ne morem bruhat. Zdaj, ko imam tablete, je malo boljše, kot je bilo, ko sem dobivala injekcije. Mislim, da imam Moditen in Akineton. In kapljice za pritisk. Ne vem, zakaj so te tablete. Mislim, da za ozdravitev, da mi jih drugače ne bi dali."

Tretja vloga zdravil je socialna in tako kot dnevni obrok strukturira brezkončni čas v instituciji. Pomembna socialna vloga zdravil je v tem, da se trikrat na dan srečajo vse uporabnice okoli mize, na kateri stojijo v majhnih kozarcih z njihovimi imeni odmerjene količine tablet. Iz sob pridejo tudi tiste, ki drugače nikoli ne vstanejo iz postelje. Za medicinske sestre je razdeljevanje zdravil oblika skrbi, edini dogodek, ko srečajo vse pacientke in stopijo z njimi v stik vsaj preko žlice, ki jim jo potisnejo v usta. V totalni ustanovi ima razdeljevanja zdravil skrbstveno vlogo.

Od leta 1992 osebe bolnišnice nič več ne uporabljajo elektrošoka, ker se je pokvarila naprava za dajanje elektrokonvulzivne terapije. Bila je nevarna za zdravnika, ki jo je uporabljal. To je primer arbitrarnosti postopkov in terepij, ki naj bi vplivali na duševno zdravje. Razlog, zakaj je naprava pokvarjena še danes,

je tudi v tem, da vodstvo bolnišnice ni naklonjeno elektrošokom. Vseeno pa se ne opredeli proti njim in čez čas bodo kupili nov stroj.

Z nakupom nove naprave se bodo najverjetneje spet okrepili tisti ideološki glasovi, ki bodo dokazovali zdravilne učinke elektrošoka. Obstaja velika verjetnost, da se bo število elektrošokov v nekem obdobju strmo zviševalo. Nasprotno pa je naključni dogodek učinkoval tako, kot bi si nekdanja želela vsa antipsihiatrična gibanja proti nasilnim metodam v psihiatrični instituciji: elektrokonvulzivna terapija se ne zdi več nujni del zdravljenja.

Življenje v instituciji vpliva tudi na to, kakšno bo življenje zunaj nje. To velja zlasti za dolgotrajne uporabnice, ki so v bolnišnici od mladosti in za katere je psihiatrična ustanova v nekem smislu prostor sekundarne socializacije. Alienacijska razmerja v instituciji v teh primerih vplivajo tudi na tujost v zunanjem svetu. Dober primer za to sta dolgotrajni uporabnici, ki se z oddelka poznata že 15 let. Na oddelku preživita ves čas skupaj, kuhata kavo, in ker sta le v dnevni oskrbi, se vsak dan z avtobusom skupaj peljeta domov. Ko sem eno od njih vprašala, ali se med seboj tudi obiskujeta in ali bosta morda skupaj preživeli Božič ali kakšen dan prihajajočih praznikov, je odgovorila: "Ne, nikoli ne hodi na obisk druga k drugi. Ona ni bila še nikoli pri meni in tudi jaz nisem bila še nikoli pri njej doma. Nimam navade, da bi se še po bolnišnici družila z bolnicami." Gospa hodi na dnevno oskrbo že 17 let.

Ta zgodba pove veliko o tem, kakšna je socialna podoba uporabnikov bolnišnice o drugih in kakšna je njihova podoba o sebi.

Zaradi potrebe po razločitvi ženska noče imeti stikov z ljudmi, ki so prav tako stigmatizirani kot ona in ki njeno ponotranjeno stigmo še krepijo. Družiti se z ljudmi, ki so stigmatizirani, pomeni za tistega, ki je etiketiranje drugačnosti sprejel kot del svoje identitete, skrajno kontaminacijo lastne podobe o sebi. Iz odgovora bi bilo mogoče sklepati, da ženska svojo družabnico dojema kot duševno bolnico in sebe kot "nekaj drugega". Ta specifična premestitev omogoča, da ženska ohranja pozitivno podobo o sami sebi prav prek te razlike. Na individualni ravni gre torej za ohranjanje odločilne razlike, ki posameznici omogoča

prostor svobode, v katerem se počuti "drugačno" od ostalih žensk, s katerimi je vsak dan v bolnišnici. To ji daje določeno avtonomijo pri definiciji tega, kaj je in kaj ni sama, kaj jo razlikuje in s tem ohranja delec njene samopodobe. Po Goffmanu gre za specifično strategijo, ki jo oseba uporablja pri upravljanju s svojo stigmo. Na socialni ravni ustvarja njen odnos prostor odtujenosti, kjer ni prostora za medsebojno podporo, delitev skupne izkušnje in vsakdanjih situacij zunaj ustanove.

Študije, ki se ukvarjajo z učinki označevanja in stigmatizacije, dokazujejo, da se ljudje s posebnimi potrebami ves čas zavedajo svoje stigme in da jo praviloma poskušajo odbiti tako, da prikrijejo psihiatrično kariero in samih sebe ne dojemajo kot "pacientov" (MARKOVA, JAHODA 1992).

Obenem pa gre za situacijo, v kateri manjka nujna politična drža, s pomočjo katere so si uporabniki in uporabnice po svetu izborili več pravic, kvalitetnejšo obravnavo in manj stigmatizirano družbeno podobo. Kulturne okoliščine ne omogočajo, da bi ljudje s psihiatrično stigmo artikulirali svoj položaj in se s politično akcijo javno zavzeli za destigmatizacijo. Ustvarjanje novih socialnih reprezentacij pa zahteva tudi drugačna poimenovanja, ki jih nazorno opišeta naslednja slogana: "Vi pravite mongoloid. Mi pravimo Downov sindrom. Prijatelji mu pravijo David." Ali: "Sara se je pravkar naučila reči dober dan. Se lahko vi naučite, da ne rečete več mongoloid?" (MARKOVA, JAHODA 1992: 23).

Nekatere študije o reakcijah ljudi na transparente, ki so se ob priložnostnih demonstracijah pojavljali v javnosti skupaj z ljudmi s posebnimi potrebami, dokazujejo, da je javnost prej pripravljena odgovoriti z občutki krivde kot z odprto naklonjenostjo, povezano z drugačnim odnosom do ljudi s posebnimi potrebami. Transparente, ki so izzvali sočutje, krivdo in naklonjenost do prizadetih ljudi, so ljudje hitreje podprli kot transparente, ki so sporočali, da imajo duševno in telesno prizadeti ljudje iste pravice kot neprizadeti (MARKOVA, JAHODA, 1992: 23).

Erving Goffman (1987) je v svojih analizah delovanja psihiatrične bolnišnice opozoril na pravila institucionalnega življenja, ki vladajo v

ustanovah, na prevzem institucionalnega načina komunikacije in na specifično institucionalno držo, ki jo je najti med ljudmi z dolgotrajno psihiatrično kariero. Njihova drugačnost postane vidna, ko je stik z zunanjim svetom tako pretrgan, da se začne posameznik/posameznica razlikovati od ljudi, ki so del zunanjega sveta. Drugačnost ni posledica njihove bolezni, diagnoze in patološkega bolezenskega stanja, temveč prevzetega kulturnega obnašanja, ki je del totalne ustanove. Civilnost ustanove je mogoče meriti prav po tem, kolikšna je njena odprtost do zunanjega sveta, kako se institucionalno in civilno med seboj prepletata in koliko spodbuja uporabnike/uporabnice za življenje zunaj institucije, za svet vsakdanjega življenja. K civilnosti ustanove največ pripomore osebe, ki lahko spodbuja uporabnike/uporabnice k avtonomnosti, medsebojnemu spoštovanju in iskanju novih rešitev za vsakdanje življenje, ali pa jih z institucionalno, paternalistično držo umešča v okvire odvisnosti, nizkega samospoštovanja in pasivnosti.

V času predprazničnih popoldnevov, ko je bilo na oddelkih še zlasti pusto in žalostno in se je po hodnikih vlekel neki poseben obup, sem povabila na glasbeno popoldne prijateljico Jano Rošker, ki je na kitaro igrala svoje lirične pesmi in pela ali spremljala ženske, ki so pele slovenske pesmi. Na hodniku smo spremenile običajni red miz in stolov in povabile še ženske s sosednjega oddelka. Vzdušje, ki je nastalo, je bilo bolj podobno koncertu, na katerega je prišlo majhno število ljudi in kjer sta se zato lahko razvila sproščenost in neposredni stik med avtorico in poslušalkami, kakor pa oddelku psihiatrične bolnišnice. Ženske so se v ljudno obračale druga k drugi, sramežljivo jemale sladkarije na mizi, kot takrat, ko pride človek na obisk, a ne pozna dobro gostiteljev in stopnje medsebojne zaupljivosti. Nekatere so spremljale koncert tudi takrat, ko je sestra prinesla na oddelek malico, okoli katere se navadno kar najhitreje zgrne ves oddelek. Iz sobe je prišla tudi ženska, ki je v bolnišnici že desetletje in je nisem nikoli videla sedeti na hodniku ali govoriti. Ko je videla, da prepevamo, je sedla zraven in začela peti, pozneje pa na meni nerazumljiv in premalo artikuliran način na kratko spregovorila z eno od uporabnic. Moja

pretresenost nad tem dogodkom je bila povezana s prepričanjem o njeni popolni odsotnosti in totalni kronifikaciji. Zato se ji nisem nikoli, ko sem jo videla iti na stranišče ali po zdravila, poskusila približati in jo ogovoriti. Misel, ki me je ob tem prešinila, je bila vsakdanja. Ženska očitno rada poje, to pomeni, da bi se njeno zanimanje za socialni svet povrnil, če bi ugotovili, kaj je tisto, kar ženska še rada počne.

Ko je bilo koncerta konec, so začele ženske navdušeno ploskati in nekatere so avtorici koncerta osebno čestitale in se ji zahvaljevale. Ena od njih ji je na vsak način hotela v žep stlačiti denar. Uporabnice njenega obiska niso jemale kot del prednovoletne bolnišnične ponudbe, temveč kot dogodek za njih, kot nekaj, kar je bilo organizirano zato, ker so predsilvestrski koncerti za mnoge ljudi nekaj vsakdanjega. Ne le, da je v institucijo prišel del civilnega sveta, ki je imel posledice za počutje uporabnic, temveč se je vzpostavila tudi

situacija, ko so bile za hip pomembne njihove potrebe: ženske so bile vzete resno. Najverjetneje se lahko v klasični psihiatrični instituciji civilna situacija vzpostavi šele, ko pridejo vanjo osebe iz "vsakdanjega sveta".

Iz povedanega izhaja, da je skupna značilnost uporabnic bolnišnice pomanjkanje izbire, spodbud in samozavesti in porušena samoodoba na že načetem zemljevidu negotovosti vase. O tem so najjasneje govorile življenjske zgodbe in njihovi fragmenti. Glavna področja, o katerih so posameznice najpogosteje pripovedovale in ki jih lahko zato, ker so jih izbrale iz množice življenjskih dogodkov, opredelimo kot ključna za njihovo duševno zdravje, so bila: ekonomska stiska, socialna ogroženost, osamljenost, pomanjkanje kvalitetnega intimnega odnosa in izguba človeka, ki je bil posameznici najbližji (otroci, mama, oče).

(Se nadaljuje.)

Literatura bo navedena na koncu zadnjega dela.)