

Część II

ANALIZY EMPIRYCZNE

Erving Goffman

BYCIE PACJENTEM SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO *

Ostatni szczebel w karierze przyszłego pacjenta szpitala psychiatrycznego może u niego wywołać poczucie zasadne bądź nie, że został on opuszczony przez społeczeństwo i pozbawiony kontaktu z najbliższymi. Jest rzeczą interesującą, iż pacjent, zwłaszcza świeżo przyjęty, może opierać się wobec takiego kresu swej drogi, nawet stojąc już w obliczu faktu, że oto izolowano go w oddziale zamkniętym. Pojawiając się w szpitalu pacjent może gorąco pragnąć, aby nie został utożsamiony z aktualnymi okolicznościami, by nie potraktowano go jako osobnika, który sobie zasłużył na izolację. Może się to konsekwentnie przejawiać w unikaniu rozmów z kimkolwiek, w trzymaniu się na uboczu, gdy to możliwe, w zachowaniu "niekontaktywnym" lub nawet "maniakalnym", w unikaniu wszelkiej interakcji z ludźmi, co mogłoby wywoływać konieczność uprzejmej wzajemności i co mogłoby uświadomić pacjentowi, czym stał się w oczach innych ludzi. Kiedy najbliższa osoba usiłuje złożyć mu wizytę, może ona spotkać się z odrzuceniem w postaci głuchego milczenia lub odmowy pojawienia się w sali odwiedzin ze strony pacjenta. Te strategie zachowania narzucają czasem myśl, iż pacjent zachowuje jeszcze resztki związków z tymi, którzy tworzyli jego przeszłość i broni tej resztki przed ostatecznym zniszczeniem poprzez zadawanie się z takimi ludźmi, jakimi stali się oni teraz.

* Fragment pracy: *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates*, Penguin Books 1961, s. 130-157, tłum. B. Sułkowski.

Zazwyczaj pacjent zarzuca tę wyczerpującą próbę anonimowości i nieobecności, i w końcu poczyną przedstawiać swą osobę w konwencjonalnych kontaktach społeczności szpitalnej. Odtąd wyłącza się jedynie przy użyciu szczególnych sposobów - przez stałe używanie swego przezwiska, przez sygnowanie swego wkładu do tygodniowej gazetki pacjentów jedynie inicjałami, albo używając niewinnej "ukrytej" formy zwracania się, zapewnionej taktownie przez niektóre szpitale. Bywa, że wycofuje się tylko w wyjątkowych sytuacjach, np. kiedy studenci mają obchód lub - gdy pozwala mu się poruszać po terenach należących do szpitala - dostrzega nagle, że za chwilę napotka jakiegoś cywila, którego zna przypadkiem z okresu zwykłego życia. Nawrót przystępności jest nazywany czasami przez obsługę "ustatkowywaniem się". Oznacza on nowe stanowisko pacjenta, otwarcie przyjmowane i podtrzymywane przez niego i przypomina proces "ujawniania się" występujący w innych zbiorowościach.

Kiedy pacjent zaczyna się statkować, główne zarysy jego losu zaczynają kształtować się tak, jak w tych instytucjach z całej klasy miejsc odosobnienia - obozu koncentracyjnego, więzienia, klasztoru, obozu pracy itd., w których podwładny realizuje cały cykl życiowy na ograniczonym obszarze i spędza dni poddany surowej dyscyplinie, w bezpośrednim towarzystwie grupy ludzi o tym samym statusie instytucjonalnym.

Jak każdy neofita w instytucji totalnej, nowy pacjent znajduje siebie jako osobę całkowicie pozbawioną wielu swych przyzwyczajeń, radości i uprzedzeń; jest on w zamian za to poddany całemu zespołowi upokarzających doświadczeń, takich jak: ograniczenie swobodnego poruszania się, zbiorowe życie, panoszenie się równoczesnej władzy wielu ludzi itd. Tutaj człowiek zaczyna się przyuczać do prawdy o znikomym znaczeniu, do jakiego może zostać zredukowana koncepcja samego siebie, gdy zwyczajowe układy wspierające ją zostają nagle przekreślone.

W trakcie tych upokarzających doświadczeń pacjent uczy się orientować w kategoriach "systemu zamkniętej celi". W szpitalu psychiatrycznym o charakterze publicznym zwykle składa się na to seria uszeregowanych regulaminów życia, obudowanych wokół oddziałów, jednostek administracyjnych zwanych służbami [services] oraz instytucji przepustek. Na "najgorszym" szczeblu nie ma często nic więcej prócz drewnianych ław do siedzenia, niewielką ilością wciąż tego samego pożywienia i kącikiem do spania. Poziom "najlepszy"

może zapewniać własny pokój, dostęp do otwartej przestrzeni i przywileje związane z wyjściem do miasta, stosunkowo godne kontakty z personelem i to, co ocenia się jako dobre wyżywienie i godziwe warunki wypoczynku. Za nieposłuszeństwo wobec przyjętych tu praw podwładny będzie surowo karany utratą przywilejów, uległość pozwoli mu ostatecznie odzyskać niektóre z pomniejszych zaspokojień, które traktował jako oczywiste, gdy przebywał na zewnątrz.

Instytucjonalizacja tych radykalnie odmiennych poziomów życia rzuca światło na implikacje, jakie niosą dla jaźni układy społeczne. A to z kolei potwierdza, iż jaźń nie wyrasta po prostu z kontaktów jej posiadacza ze znaczącymi innymi, ale wyrasta ona także z urządzeń układów wydzielonych w organizacji dla uczestników interakcji.

Istnieją pewne układy, których osobnik nie bierze w rachubę jako własnej ekspresji czy przedłużenia siebie samego. Kiedy turysta ogląda slumsy, może czerpać z tego przyjemność nie dlatego, iż takie ludzkie urządzenia odzwierciedlają jego sytuację, ale dzięki pewności, że rzeczy mają się inaczej. Są inne układy, takie np. jak salony, w których człowiek panuje nad własnym wyobrażeniem siebie i których używa, by pokierować wyobrażeniami innych na jego temat w pożądanym sposób. Istnieją jeszcze inne, takie jak miejsce pracy, które wyrażają status zawodowy pracownika, ale nad którymi nie ma on całkowitej kontroli, którą sprawuje, choćby najtaktowniej, pracodawca. Szpital dla umysłowo chorych dostarcza krańcowego przykładu ostatniego typu. Dzieje się tak nie tylko z powodu występujących tam wyjątkowo zdegradowanych warunków bytowania, lecz ponadto z powodu specjalnego sposobu, w jaki ważność jaźni jest pacjentowi wyjaśniana dotkliwie, przenikliwie, uporczywie i do końca. Raz zamknięty w danym oddziale pacjent jest usilnie pouczany, że restrykcje i deprywacje, jakich doświadcza, nie są rezultatem ślepych sił tradycji czy ekonomii - zatem pozostających poza jaźnią - ale są częścią zamierzonego leczenia go, częścią jego potrzeb w owym czasie, zatem wyrazem stanu, w jaki popadła jego jaźń. Mając wszelkie powody, by żądać lepszych warunków, pacjent zostaje pouczony, iż kiedy personel zauważy, że pacjent "panuje nad sobą" lub będzie mógł przystosować do oddziału o wyższym poziomie, będą podjęte odpowiednie kroki. Krótko mówiąc, przypisanie pacjenta do oddziału przedstawiane jest nie jako kara czy nagroda, lecz jako wyraz jego ogólnego poziomu społecznego funkcjonowania,

jako przejaw jego statusu jako osoby. Mając na względzie fakt, że poziom najniższego oddziału zapewnia warunki życia, z którymi mogą poradzić sobie pacjenci z organicznymi uszkodzeniami mózgu, i że te całkowicie ograniczone istoty ludzkie wystawione są na znoszenie tych warunków, można wyobrazić sobie niektóre z lustrzanych efektów szpitala.

System oddziałowy jest zatem krańcowym przykładem, w jaki sposób fizyczne cechy zakładu mogą być jawnie zastosowane w celu ukształtowania koncepcji, jaką osobnik przyjmuje w stosunku do samego siebie. W dodatku oficjalne uprawnienia szpitalne w zakresie psychiatrii powodują jeszcze bardziej bezpośrednie, jeszcze bardziej rażące ataki na obraz samego siebie u pacjenta. Im bardziej "medyczny", im bardziej postępowy jest szpital, im bardziej stara się stosować podejście terapeutyczne, a nie tylko opiekuńcze, tym częściej pacjent jest konfrontowany z personelem wyższym rangą, który przekonuje go, iż jego przeszłość była porażką, że przyczyny tego tkwią w nim samym, że jego postawa wobec życia jest chybiona i jeśli chce być osobą, powinien zmienić swój sposób postępowania z ludźmi i koncepcją samego siebie. Moralna wartość takich słownych ataków trafi mu do przekonania, zmuszając go do ćwiczenia tego psychiatrycznego poglądu na samego siebie w okresowo aranżowanych seansach wyznań, czy to w trakcie personalnych spotkań, czy w trakcie psychoterapii grupowej.

Można więc poczynić ogólną uwagę o karierze ewolucji moralnej pacjenta, mającej zastosowanie do wielu przemian moralnych. Biorąc pod uwagę stadium, które dowolna osoba osiągnęła w jakiejś karierze, odkrywa się zazwyczaj, że tworzy ona obraz przebiegu swego życia - przeszłości, chwili obecnej i przyszłości, dalej zaś dokonuje wyboru, abstrahuje i zniekształca w taki sposób, by zapewnić sobie pogląd o samym sobie, zdalny do wytłumaczenia się w aktualnych sytuacjach. Mówiąc ogólnie, przyjmowana przez pacjenta linia rozumowania dotycząca samego siebie prowadzi go w sposób bezpieczny do należytej zgody z podstawowymi wartościami społeczeństwa, i stąd można ją nazwać apologią. Jeżeli człowiek potrafi przedstawić obraz swej aktualnej sytuacji, ukazujący przejawianie się korzystnych cech w przeszłości, i pomyślny los, który go oczekuje, można to nazwać historią sukcesu. Jeżeli jednak fakty osobniczej przeszłości i teraźniejszości są ponure, wówczas to, co może on uczynić najlepszego, to wykazać, iż nie on jest odpowiedzialny za

to, co się z nim stało. Smutna historia - to właściwy tutaj termin. Jest rzeczą dość ciekawą, że im bardziej przeszłość osobnika narusza jego oczywistą zgodę z naczelnymi wartościami moralnymi, tym częściej sprawia on wrażenie zniewolonego do opowiadania swej smutnej historii w każdym towarzystwie, w jakim się znajduje. Być może, reaguje on na potrzebę, którą wyczuwa u innych, że ich poczucie właściwego biegu życia nie zostało znieważone. W każdym razie właśnie wśród skazańców, pijaków, prostytutek najłatwiej jest chyba o smutną historię. Tym, co rozważę teraz, są zmienne koleje smutnej historii pacjenta psychiatrycznego.

Otoczenie i wewnętrzne reguły szpitala psychiatrycznego wymuszają na pacjencie uznanie faktu, że jest on, ostatecznie, przypadkiem choroby umysłowej, przypadkiem człowieka, który doznawszy jakiegoś kompletnego niepowodzenia, ulega pewnego rodzaju upadkowi społecznemu w świecie zewnętrznym. Przy czym człowiek ów posiada niewielkie znaczenie społeczne, gdyż prawie w ogóle nie jest zdolny do działania jako dojrzała osoba. Takie upokorzenie prawdopodobnie odczuwane jest najostrzej przez pacjentów z klasy średniej, ponieważ ich wcześniejsze życie nie uodporniło ich na takie afrody; degradację tę do pewnego stopnia odczuwają jednak wszyscy pacjenci. Tak, jak czyniłby to każdy normalny uczestnik subkultury, do której należał wcześniej, pacjent próbuje reagować na sytuację przedstawiając swą smutną historię dowodzącą, że nie jest on "chory", że "małe kłopoty", w które teraz popadł, w rzeczywistości są zawinione przez kogoś innego, że jego przeszłość w niemałym stopniu była nacechowana prawością i godnością, a szpital niesłusznie narzucił mu status chorego psychicznie. Ta dążność do obrony własnej godności jest wyraźnie zinstytucjonalizowana w społeczności pacjentów, w której społeczne kontakty otwiera się zazwyczaj dobrowolnymi informacjami jej uczestników o aktualnym zaszeregowaniu na oddziały, o długości dotychczasowego pobytu na poszczególnych oddziałach, ale nie mówi się o przyczynach pobytu. Interakcja taka odbywa się w konwencji pogawędki właściwej światu zewnętrznemu. Wraz ze wzrostem poufałości każdy pacjent zazwyczaj ujawnia dobrowolnie relatywnie łatwe do zaakceptowania powody swej hospitalizacji, w tym samym czasie przyjmując bez otwartego powątpiewania wytłumaczenie przedstawiane przez pozostałych pacjentów.

"Chodziłem do szkoły wieczorowej, żeby zdobyć stopień magistra i w dodatku ciągnąłem pracę, a to był zbyt duży ciężar".

"Inni tutaj są chorzy umysłowo, ale ja cierpię z powodu słabego systemu nerwowego i przez to mam te fobie".
"Jestem tutaj przez pomyłkę z powodu cukrzycy, wyjdę za parę dni" (pobyt pacjenta trwał siedem tygodni).
"Miałem kłopoty jako dziecko, a później przy żonie doczekałem się uzależnienia".
"Moim kłopotem jest to, że nie mogę pracować. Oto dlaczego tu jestem. Miałem dwa zajęcia, piękny dom i tyle pieniędzy ile chciałem".

Czasami pacjenci wzmacniają tę historię optymistyczną definicją swego statusu zawodowego. Człowiek, który kierował próbami głosu spikerów radiowych, stylizuje się na spikera radiowego, inny, który pracował przez kilka miesięcy jako pomocnik dziennikarza, a potem został zatrudniony przez trzy tygodnie jako reporter wielkiego magazynu, lecz stracił posadę, określa się jako dziennikarz.

Całość roli społecznej w społeczności pacjentów może być skonstruowana na podstawie tych wzajemnych samoutwierdzających fikcji. Bowiem te komunikowane twarzą w twarz szczegóły podlegają weryfikacji przez szerzącą się za plecami plotkę. Można tu oczywiście śledzić klasyczną funkcję społeczną nieformalnych układów między ludźmi równymi sobie: służą oni sobie wzajem jako audytorium samoutwierdzających opowieści - opowieści nieco rzetelniejszych niż czysta fantazja i nieco bardziej rozwodnionych niż fakty.

Jednakże apologia taka pojawia się tu w wyjątkowym otoczeniu, niewiele bowiem układów ma charakter równie zabójczy dla opowieści o sobie, z wyjątkiem oczywiście tych historii, które są od razu zbudowane zgodnie z psychiatryczną linią myślenia. I ta destruktywność okoliczności opiera się na czymś więcej niżli na urzędowym kawałku papieru poświadczającym, że pacjent jest psychicznie chory, że stanowi zagrożenie dla siebie i dla innych. Nawiasem mówiąc, poświadczenie tego rodzaju godzi głęboko w godność osobistą pacjenta, a nawet ogranicza możliwość posiadania jakiegokolwiek godności.

Z pewnością degradujące warunki środowiska szpitalnego zaprzeczają wielu opowieściom pacjentów o sobie samym, a sam fakt przebywania w szpitalu obraca się przeciw tym historiom. I oczywiście nie zawsze starcza solidarności między pacjentami, by zapobiec dyskredytowaniu jednych przez drugich, tak jak nie zawsze starcza profesjonalnej staranności, by zapobiec dyskredytowaniu pacjenta przez członków obsługi. Jeden z pacjentów, moich informatorów,

indagował towarzysza: "Jeżeli jesteś taki rozgarnięty, to w jaki sposób wylądowałeś tutaj?"

Jednakże środowisko szpitalne jest jeszcze bardziej zdradzieckie. Personel ma wiele do zyskania poprzez dyskredytację, obnażając fałsz historyjek pacjenta - bez względu na jej powody. Jeśli zespół pielęgniarzki chce, by tok jego codziennych zajęć przebiegał bez skarg i kłopotów, to może okazać się tu pożyteczną umiejętnością udowodnienia pacjentowi, że jego twierdzenia o samym sobie, którymi uzasadnia swe żądania, są fałszywe, że nie jest on tym, za kogo się podaje, że w rzeczywistości jest on nieudacznikiem. Jeśli członkowie zespołu psychiatrycznego mogą narzucić mu swe poglądy o jego zmyśleniach na własny temat, muszą oni umieć szczegółowo wykazać, iż ich interpretacja jego charakteru, jego przeszłości ma pewniejszy punkt oparcia niż jego własna wersja. Jeśli zarówno obsługa, jak i psychiatrzy mają nakłonić pacjenta do współpracy w przeróżnych zabiegach psychiatrycznych, to może okazać się korzystne, by wyprowadzić go z błędu co do ich zamiarów i spowodować, by uznał, że wiedzą oni co robią i że robią to, co dla niego najlepsze. Krótko mówiąc, kłopoty powodowane przez pacjenta są najściślej związane z jego wersją tego, co mu się przydarzyło, i aby istniała możliwość współpracy ze strony pacjenta, pomocne będzie, gdy jego wersja wydarzeń z przeszłości zostanie zdyskredytowana. Pacjent musi "wnikliwie" przyjąć lub udawać, że przyjął szpitalny pogląd na siebie samego.

Oprócz lustrzanego efektu środowiska szpitalnego, personel rozporządza znakomitymi środkami negowania racjonalizacji dokonywanych przez podwładnego. Współczesna doktryna psychiatryczna definiuje zaburzenia umysłowe jako coś, co może mieć korzenie w najwcześniejszych etapach życia pacjenta, co przejawia się w przebiegu życia i wkracza w każdy fragment bieżącej aktywności. Żaden epizod przeszłości ani teraźniejszości nie może pozostać poza oceną psychiatryczną. Szpitale psychiatryczne instytucjonalizują biurokratycznie to krańcowo szerokie uprawnienie poprzez formalne oparcie leczenia pacjenta na własnych diagnozach i stąd na psychiatrycznym poglądzie na jego przeszłość.

Utrwalony opis przypadku jest istotnym wyrazem tego uprawnienia. Jednak owo dossier nie jest oczywiście używane systematycznie do rejestrowania wypadków, w których pacjent wykazuje umiejętność radzenia sobie godnie i skutecznie z trudnymi sytuacjami życiowymi.

mi. Nie używa się go też zazwyczaj do szacowania przybliżonej przeciętnej lub do pobierania próbek przeszłego postępowania pacjenta. Jednym z celów takiego opisu jest wskazanie sposobów przejawiania się "choroby" i wskazanie powodów usprawiedliwiających fakt zamknięcia i aktualnej opieki w szpitalu: robi się to za pomocą wyłuskania z całego toku życia człowieka tych incydentów, które mają lub mogłyby mieć wartość "symptomatyczną". Mogą być tu przytaczane nieszczęśliwe wypadki rodziców lub rodzeństwa, które mogłyby sugerować jakieś "obciążenia". Będą tu rejestrowane wcześnie zachowania, w których pacjent ujawniał brak rozsądku, bądź równowagi emocjonalnej, lub sprawiał takie wrażenie. Mogą tu być opisane wypadki, gdy działał on w sposób, który laik mógłby uznać za niemoralny, seksualnie perwersyjny, poświadczający słabość woli, infantylizm, brak rozwagi, impulsywność i szaleństwo. Można się spodziewać, że są tu przedstawione szczegółowo przypadki niewłaściwego zachowania, które ktoś uznał za dopełniające miary, jako podstawę natychmiastowego wkroczenia w sytuację. Co więcej, opis ten będzie obejmował stan i zachowanie pacjenta w chwili przyjęcia do szpitala, a nie jest to zapewne dlań czas łatwy i pełen spokoju. Raport może także informować o niestosowności odpowiedzi pacjenta na kłopotliwe pytania, ukazując go jako kogoś, kto wysuwa twierdzenia pozostające w oczywisty sposób w sprzeczności z faktami.

"Twierdzi, że mieszka z najstarszą córką lub siostrami tylko wtedy, gdy jest chora i potrzebuje opieki, a wyjawsz tę sytuację - z mężem; on sam twierdzi, że nie mieszkają razem od dwunastu lat".
"W przeciwieństwie do informacji uzyskanej od personelu, mówi, że nie rzuca się już na podłogę i nie krzyczy rano".
"... ukrywa fakt usunięcia narządów, twierdzi, że dotąd miesiączkuje".
"Zrazu zaprzeczyła, iż miała przedmażeńskie doświadczenia seksualne, ale zapytana o Jimma powiedziała, że zapomniała o tym, ponieważ było to nieprzyjemne".

Kiedy fakty sprzeczne z wersją pacjenta są znane osobie dokonującej opisu, ich obecność pozostawia się często skrupulatnie jako sprawę otwartą:

"Pacjentka zaprzeczyła jakoby miała jakiekolwiek doświadczenia heteroseksualne ani nie udało się skłonić jej do przyznania, że kiedykolwiek była w ciąży, lub do jakichkolwiek rodzajów zaspokajania potrzeb seksualnych wykluczając również masturbację".

"Nawet przy znacznym nacisku nie zdradzała skłonności do wyjawienia żadnych mechanizmów paranoidalnych".

"Nie dało się w tym czasie odsłonić żadnych treści psychotycznych".

A jeśli nie da się tego zrobić w sposób bardziej związany z faktami, dyskredytujące stwierdzenia pojawiają się często w opisach ustalonych na podstawie ogólnego, społecznego sposobu bycia pacjenta w czasie pobytu w szpitalu:

"W trakcie wywiadu był uprzejmy, jawnie pewny siebie, sypie swobodnie w swych wypowiedziach górnolotnymi uogólnieniami. Obdarzony wyglądem raczej miłym, ze starannym wąsikiem a la Hitler, ten 45-letni mężczyzna, który w szpitalu spędził ostatnie pięć lub więcej lat, bardzo pomyślnie przystosowuje się do warunków szpitalnych, pełniąc rolę współpacjenta w typie sybaryty [gay-liver] i utracjusza [jim-dandy], który nie tylko przewyższa zdecydowanie współpacjentów pod względem intelektualnym, ale który także jest prawdziwym mężczyzną wobec kobiet. Jego mowa mieni się mnóstwem wielosylabowych słów, których używa na ogół we właściwym kontekście, ale kiedy mówi dostatecznie długo na jakiś temat staje się oczywiste, że gubi się tak całkowicie w tej słownej bieguncie, że to, co mówi staje się prawie zupełnie bez sensu".

Zdarzenia zanotowane w historii choroby mają właśnie taki charakter, że laik uzna zapewne za skandaliczne, zniesławiające i kompromitujące. Sądzę, iż godzi się powiedzieć, że cały personel szpitalny odnosi się na ogół do tego materiału bez neutralności moralnej, należnej stwierdzeniom medycznym i psychiatrycznej diagnozie. Przeciwnie, bierze udział intonacją i gestem, jeśli nie w inny sposób, w potocznych reakcjach wobec tych zdarzeń. To ostatnie będzie przydarzało się w kontaktach między pacjentami a personelem, jak również we wzajemnych kontaktach personelu, w których nie uczestniczą pacjenci.

W niektórych szpitalach psychiatrycznych dostęp do historii przypadku jest zastrzeżony tylko dla personelu medycznego i dla wyższego personelu pielęgniarskiego, ale nawet tutaj niższy personel ma często nieformalny dostęp do niej lub do informacji przekazywanej pośrednio. W dodatku pozostawia się obsłudze oddziału prawo do wiedzy o tych faktach z przeszłości pacjenta, które - wpasowane w opinię, którą pacjent wytwarza o sobie - w sposób znaczący ułatwią kierowanie nim dla jego własnej korzyści i pomniejszą ryzyko dla innych. A dalej, personel wszystkich szczebli ma zwykle dostęp do zapisków czynionych na oddziale, które dokumentują przebieg choroby każdego pacjenta, a zatem i jego zachowanie, dostar-

czając dla potrzeb chwili obecnej informacji tego rodzaju, których opis przypadku dostarcza wobec jego przeszłości.

Sądzę, iż większość informacji gromadzonych w opisach przypadku jest całkowicie prawdziwa, choć i to można by uznać za prawdę, że przebieg życia prawie każdego człowieka mógłby dostarczyć wystarczająco dużo faktów oczerniających, by zapewnić podstawy postępowania ubezwłasnowalniającego uzasadnionego opisem przypadku. Nie zamierzam tu w żadnym razie kwestionować celowości prowadzenia historii choroby ani motywów personelu prowadzącego te notatki. Sedno sprawy tkwi w tym, że w przypadku prawdziwości faktów mówiących o pacjencie, nie jest on z pewnością uwolniony od normalnej kulturowej potrzeby ich skrywania, a czuje się być może tym bardziej zagrożony, że wie, iż fakty te są łatwo dostępne i że nie ma ich kontroli nad tym, kto zyskuje do nich dostęp. Młodzieniec o męskiej posturze, reagujący na szkolenie wojskowe ucieczką z koszar i ukrywający się z płaczem w schowku na bieliznę w pokoju hotelowym, odnaleziony tam przez matkę; kobieta, która podróżuje z Utah do Waszyngtonu, by ostrzec prezydenta przed zbliżającym się końcem świata; mężczyzna, który obnażył się przed trzema małymi dziewczynkami; chłopiec, który nie wpuszczał siostry do domu i wybił jej trzy zęby, kiedy próbowała wejść przez okno - każdy z tych osobników zrobił coś takiego, że będzie miał oczywisty powód, by ukrywać te fakty przed innymi i by kłamać na ten temat.

Formalne i nieformalne wzory komunikowania łączące członków personelu szpitalnego pogłębiają demaskację zawartą w historii przypadku. Należy się spodziewać, że kompromitujące zachowanie się pacjenta w jednej sferze codziennych czynności wśród pewnej części społeczności szpitalnej zostanie zrelacjonowane tym osobom, które nadzorują inne obszary jego życia, tam gdzie pacjent implicite zajmuje stanowisko, iż nie należy do ludzi, którzy mogliby postąpić w podobny sposób.

Tutaj, jak i w niektórych innych instytucjach społecznych, ma swe znaczenie rozpowszechniająca się praktyka narad personelu wszystkich szczebli, na których ich członkowie przekazują sobie poglądy na temat pacjentów i uzgadniają zbiorowo, jaką linię postępowania próbuje przyjąć dany pacjent oraz jaką linię należałoby przyjąć wobec tego pacjenta. Pacjenta, który nawiązuje "osobisty" stosunek z pielęgniarzem lub usiłuje niepokoić go elokwentnymi i uporczywymi oskarżeniami o niewłaściwe zabiegi, można "ustawić" na

zebraniu personelu, gdzie ostrzega się i zapewnia pielęgniarza, że pacjent jest "chory". Ponieważ zróżnicowane obrazy swej osoby, które pochodzą od otoczenia, ujednolicają się tutaj za kulisami w jedno wspólne podejście, pacjent może stanąć wobec pewnego rodzaju zmowy przeciw sobie - choć można sądzić, że jej ostatecznym celem jest jego dobro.

W dodatku formalnym przenosinom pacjenta z oddziału na oddział prawdopodobnie towarzyszyć będą nieformalne jego charakterystyki, o których przypuszcza się, że ułatwią zadanie kolejnemu pracownikowi.

A wreszcie na poziomie najmniej oficjalnym w czasie obiadu i w przerwie na kawę rozmówki personelu często obracają się wokół najnowszych postępów pacjentów, przy czym plotka pochodząca ze wszelkich szczebli podlega tu intensyfikacji na podstawie założenia, że wszystkie informacje o pacjencie wchodzi w jakiś sposób we właściwy obszar zainteresowania pracowników szpitala. Teoretycznie nie ma żadnych zapewne powodów, dla których plotka o pacjencie nie miałaby go podbudować miast obnażać i poniżać, jeśli odrzucimy twierdzenie, że mówienie o nieobecnych zawsze bywa krytyczne, aby utwierdzać równocześnie integralność i prestiż kręgu, w którym toczy się taka rozmowa. A stąd, nawet gdy bodziec do takiej rozmowy pierwotnie był uczciwy i zasadniczy, ostatecznie implikuje ona, iż pacjent nie jest w pełni osobą. Na przykład, współczujący pacjentom, sumienny specjalista od terapii grupowej, wyznał pewnego razu swym kolegom przy kawie:

"Miałem u siebie takich trzech, którzy rozbijali grupę, jednego zwłaszcza - prawnika [półgłosem] Jamesa Wilsona - bardzo inteligentnego - któremu według mnie wszystko wychodziło kiepsko, ale zawsze byłem skłonny wypuścić go na scenę, żeby coś robił. No cóż, zacząłem wreszcie wpadać w rozpacz i w końcu wpadłem na jego te-rapeutę, który odrzekł, że w tej chwili, pod maską blagi, człowiek ten bardzo potrzebuje grupy i że znaczy ona dla niego prawdopodobnie więcej niż cokolwiek innego, co zyskał w szpitalu - on po prostu potrzebuje podpory. Tak, to spowodowało, że zacząłem o nim myśleć całkowicie inaczej. Już go tutaj nie ma".

Ogólnie zatem, szpitale psychiatryczne ustawicznie utrzymują krążenie takiego rodzaju informacji o każdym pacjencie, które pacjent chciałby zapewne ukryć. W rozmaitych odcieniach szczegółowości informacje te są rutynowo używane po to, by niweczyć oświadczenia pacjenta. Podczas przyjęcia i konsultacji diagnostycznych

zadaje mu się pytanie, na które musi on udzielać fałszywych odpowiedzi, aby utrzymać szacunek dla siebie samego, a odpowiedzi prawdziwe mogą być wtedy wykorzystane przeciw niemu w formie docinków. Ktoś z personelu, komu pacjent przedstawia wersję swej przeszłości i powód pobytu w szpitalu, może powątpiewająco uśmiechnąć się bądź powiedzieć: "Słyszałem o tym coś innego", zgodnie z zasadami praktycznej psychiatrii przywoływania pacjenta do rzeczywistości. Kiedy pacjent zaczepia lekarza lub pielęgniarkę na oddziale domagając się większych przywilejów lub zwolnienia, żądania te mogą być odparowane za pomocą pytania, na które nie może on odpowiedzieć zgodnie z prawdą, bez przywołania tego czasu ze swej przeszłości, gdy zachowywał się w sposób przynoszący wstyd. Kiedy posługuje się on swym poglądem na swoją obecną sytuację w czasie psychoterapii grupowej, terapeuta - podejmując rolę pytającego - może próbować pozbawić go błędnych interpretacji zmierzających do ratowania twarzy i zachęcać do interpretacji sugerujących, że to właśnie pacjent sam jest kimś godnym przygany i kimś, kto musi się zmienić. Kiedy pacjent zapewnia personel lub współtowarzyszy, że ma się dobrze i że nigdy nie był naprawdę chory, ktoś może mu przypomnieć szczegółowy opis sytuacji, gdy zaledwie miesiąc temu podrygiwał i tańczył jak dziewczyna lub miał się za Pana Boga, zamykał się w sobie lub odmawiał jedzenia, lub smarował włosy klejem.

Zawsze ilekroć personel niweczy twierdzenia pacjenta, wówczas poczucie czym winna być osoba oraz stosunki społeczne w grupie ludzi równych pacjentowi, wywierają nań nacisk, by odbudować swe historie; i za każdym razem kiedy to robi, opiekuńcze i psychiatryczne interesy personelu powodować mogą z ich strony ponowną dyskredytację tych opowieści.

Za tymi sprowokowanymi werbalnie wzlotami i upadkami jaźni stoi równie chybotała podstawa instytucjonalna. Wbrew obiegowej opinii "system oddziałowy" zapewnia znaczną ruchliwość społeczną wewnątrz szpitali psychiatrycznych, szczególnie w pierwszym roku pobytu podwładnego. W tym czasie pacjent raz zmienił prawdopodobnie rodzaj służby (service), oddziały ze trzy lub cztery razy i kilka razy swój status względem przepustek. Każde z takich przesunięć oznacza dlań drastyczną odmianę warunków życia i dostępności rzeczy służących organizacji toku aktywności mających znaczenie dla jego autoafirmacji, odmianę równoważną zakresowo, powiedzmy, awansowi lub deklaracji w szerszym systemie klas społecznych. Co

więcej, współtowarzysze z oddziału, z którymi pacjent częściowo się identyfikował, będą się przesuwali w sposób podobny, ale w innych kierunkach i w innym stopniu. Będą oni zatem przynosili poczucie zmiany społecznej nawet tej osobie, która nie doświadczyła takich zmian bezpośrednio.

Jak wynika z poprzednich wywodów, doktryny psychiatryczne mogą wzmacniać społeczne fluktuacje systemu oddziałowego. Tak więc, istnieje obecnie w psychiatrii pogląd, że system ten jest rodzajem społeczności cieplarni, w której pacjenci zaczynają jako społeczne dzieci, a kończą w ciągu roku na oddziałach ozdrowieńców jako resocjalizowani dorośli. Taki pogląd pozwala personelowi przydać swej pracy powagi i znaczenia oraz - zwłaszcza na poziomie wyższego personelu - każe zamykać oczy na inne sposoby widzenia tego systemu, ujawniające metodę dyscypliny osobom nieposłusznym za pomocą nagród i kar. W każdym razie owa perspektywa resocjalizacyjna zmierza do podkreślenia rozmiarów niezdolności uspołecznionego postępowania osób przebywających w najcięższych oddziałach oraz stopnia gotowości i chęci poddania się regułom gry społecznej tych osób, które przebywają w oddziałach najlepszych. Ponieważ system oddziałowy jest czymś więcej niż tylko ośrodkiem resocjalizacji, podwładni mają wiele powodów by "rozrabiać" lub popadać w tarapaty, a więc i wiele sposobności by spaść na niżej uprzywilejowaną pozycję na oddziale. Takie upadki mogą być oficjalnie interpretowane jako nawrót choroby albo jako regres moralny, a więc jako argumenty na rzecz szpitalnej koncepcji resocjalizacji. Interpretacje te, na zasadzie implikacji, tłumaczą zwykle naruszenie reguł i wyniki z tego obniżenie pozycji jako fundamentalny wyraz stanu jaźni winowajcy. Odpowiednio do tego, awanse, które mogą mieć miejsce z powodu przegęszczenia oddziału lub z innych przyczyn psychiatrycznie nieistotnych, mogą być wbudowane w coś, o czym się twierdzi, że głęboko wyraża całą jaźń pacjenta. Personel może oczekiwać ze strony samego pacjenta osobistego wysiłku w kierunku "wydobrzenia" w czasie krótszym niż rok, i w związku z tym będzie mu wciąż przypominał, by myślał on kategoriami sukcesu lub porażki swojego ja.

W takich kontekstach pacjenci mogą odkryć, iż obniżenie statusu moralnego nie jest takie złe jak to, sobie wyobrażali. Ostatecznie, wykroczeniom wiodącym do pogorszenia statusu nie mogą towarzyszyć sankcje prawne lub sprowadzenie do statusu umyślowo cho-

rego, skoro te warunki już zostały spełnione. Co więcej, żaden przeszły bądź aktualnie popełniony występki nie może być na tyle straszny sam w sobie, by mógł eliminować pacjenta ze społeczności szpitalnej, stąd też jego odstępstwa wobec przykładowego trybu życia tracą coś z ich piętnującego znaczenia. Na koniec zaś, akceptując szpitalną wersję faktu, iż utracił swe prawa, pacjent może znaleźć swoje miejsce w "interesie prostowania" i może zarabiać na wyrazy sympatii, przywileje bądź pobłażliwości ze strony personelu zainteresowanego w podsycaniu tej tendencji.

Uczenie się życia w warunkach nieuchronnego dozoru i znacznej fluktuacji względów, przy nikłej możliwości własnej kontroli tego systemu, jest ważnym etapem w socjalizacji pacjenta, etapem oddającym w sposób istotny sens bycia podwładnym w szpitalu psychiatrycznym. Ciągłe rozpatrywanie, z moralnego punktu widzenia, przeszłych błędów i obecnych postępów, zdaje się przyczyniać do szczególnego przystosowania, które opiera się na czymś mniejszym niż postawa moralna wobec ideałów ego. Upadki i sukcesy stają się zbyt centralnym zagadnieniem życiowym i zbyt fluktuują, by zezwolić na moralne zaangażowanie i troskę o obraz siebie w oczach innych osób. Próby podtrzymywania trwałych stwierdzeń o sobie są nie całkiem wykonalne. Podwładny zauważa, iż do degradacji i rekonstrukcji jaźni nie warto przypisywać zbyt wielkiej wagi, stwierdzając równocześnie, iż personel i koledzy skłonni są przyjmować wzlot i upadek jaźni z niejaką obojętnością. Nabywa przeświadczenia, iż dający się obronić obraz jaźni może być traktowany jako coś zewnętrznego wobec człowieka, coś co może być konstruowane, traczone i odbudowane szybko i w spokoju ducha. Przekonuje się o zdolności do przetrwania poglądów - a więc i jaźni - które są na zewnątrz tych, które może mu dostarczyć i odebrać szpital.

Zatem otoczenie rodzi - jak się zdaje - pewien rodzaj kosmopolitycznego doświadczenia życiowego, rodzaj łagodnej apatii. W tym niepoważnym, choć dziwacznie wyolbrzymionym kontekście moralnym budowanie jaźni lub dopuszczenie do jej rozbicia staje się w pewnej mierze bezwstydną grą, a przyswojenie sobie spojrzenia na ten proces jako na grę zdaje się prowadzić do demoralizacji. W szpitalu zatem podwładny może nabrać przeświadczenia, że jaźń nie jest warowną fortecą, lecz raczej otwartym miasteczkiem; może on poczuć się znudzony, musząc okazywać zadowolenie, gdy akceptują je jego własne oddziały, a niezadowolenie - gdy czyni to wróg. Gdy raz

przekona się co to znaczy być zdefiniowanym przez społeczeństwo jako ktoś nie posiadający trwałego i samodzielnego (viable) ja, to groźne określenie - zawierające pogroźkę, która pomaga utwierdzać ludzi w takiej jaźni, na jaką zezwala im społeczeństwo - ulega osłabieniu. Pacjent osiąga - jak się здаje - nowy grunt ucząc się, że może przeżyć, choć działa w sposób uznawany przez społeczeństwo za niszczący dla niego.

Można podać kilka przykładów owego moralnego rozluźnienia. Okazuje się, że w stanowych szpitalach psychiatrycznych pacjenci akceptują obecnie pewien rodzaj "małżeńskiego moratorium", zaś personel odnosi się do tego z mniejszym lub większym pobłażaniem. Pacjent, który "zadaje się" w szpitalu z więcej niż jednym partnerem w tym samym czasie, może narazić się opinii nieformalnej grupy równych mu współtowarzyszy, jednakże wobec czasowo trwałych stosunków z osobą płci przeciwnej - nawet jeśli o obojgu partnerach wiadomo, że posiadają na zewnątrz szpitala współmałżonków, dzieci i są nawet przez nich regularnie odwiedzani - negatywne sankcje wydają się znikome. Krótko mówiąc, istnieje w szpitalach psychiatrycznych licencja na wielokrotne podejmowanie flirtów, pod tym jednak warunkiem, że nie może z tego wyniknąć nic bardzo poważnego i trwałego. Podobnie jak przygody podczas wakacji lub podróży statkiem, związki te są świadectwem tego, w jaki sposób szpital jest odcięty od społeczności zewnętrznej, jak staje się odrębnym światem, obracającym się wokół potrzeb swych własnych mieszkańców. Moratorium to jest oczywiście wyrazem obcości i wrogości, jaką pacjenci odczuwają wobec osób pozostających na zewnątrz, z którymi byli oni ściśle związani. Lecz jest w tym ponadto świadectwo rozluźniających skutków życia w warunkach świata w świecie, w warunkach utrudniających w pełni poważne traktowanie któregośkolwiek z nich.

Druga ilustracja dotyczy systemu oddziałowego. Na poziomie najcięższego oddziału poniżenia zdarzają się najczęściej, już to z powodu braku odpowiednich warunków bytowania, już to z powodu sarkazmu i szyderstwa, które wydają się profesjonalną normą kontroli społecznej stosowanej przez dozorujących pielęgniarzy, zarządzających tymi miejscami. Brak wyposażenia i praw oznacza jednocześnie, że odbudowa jaźni jest możliwa w niewielkim stopniu. Pacjent czuje się wciąż poniżany, ale spada z niewielkiej wyso-

kości. W niektórych z tych oddziałów rozwija się pewien rodzaj beztroskiego wisielczego humoru połączonego ze znaczną swobodą przeciwstawiania się personelowi i reagowania obrazą na obrazę. Chociaż tacy pacjenci mogą być karani, nie można ich - na przykład - mieć całkiem za nic, ponieważ toleruje się u nich, jako rzecz naturalną, kilka z tych drobnostek, którym ludzie muszą się nacieszyć, zanim doświadczą głębokiego poniżenia. Podobnie jak prostytutka w kwestii seksu, tak pacjenci na tych oddziałach mają niewiele praw i niewielką reputację do stracenia, a dzięki temu mogą zyskać pewne swobody. W miarę jak osobnik awansuje w systemie oddziałowym, ma coraz większy wpływ na możliwość unikania incydentów dyskredytujących jego roszczenie do praw istoty ludzkiej oraz nabywa coraz więcej zróżnicowanych cech składających się na godność własną. A jednak kiedy ewentualnie zostanie złamany - a zostanie - spadnie z wyższej wysokości. Na przykład, uprzywilejowany pacjent żyje w świecie szerszym niż oddział, będzie tam obsługa odpowiedzialna za jego rekreację, która na żądanie wydzieli mu porcję ciasta, dostarczy talię kart, piłki ping-pongowe, bilety do kina i materiały piśmienne. Ale w sytuacji braku kontroli społecznej, jaką w świecie zewnętrznym jest zapłata dokonywana przez kupującego usługę, pacjent ryzykuje, że nawet życzliwy funkcjonariusz szpitalny każe mu poczekać nim skończy pogawędkę lub zapytać prowokująco, dlaczego pacjent chce mieć to, o co poprosił, może też odpowiedzieć na prośbę śmiertelną ciszą i zimnym taksującym spojrzeniem.

Awanse i degradacje wewnątrz systemu oddziałowego oznaczają więc nie tylko zmianę wyposażenia mającego znaczenie dla tworzenia własnej osoby, lecz także zmianę w rachunku ryzyka. Ocena stopnia zagrożenia autokonceptcji jest elementem doświadczenia moralnego każdego człowieka, ale zdanie sobie sprawy, że dany poziom ryzyka sam jest po prostu produktem ustaleń społecznych, należy do rzadszego rodzaju doznań, takich, które - jak się wydaje - przyczyniają się do rozwiania złudzeń u osoby przeżywającej je.

Trzeci przykład moralnego rozluźnienia dotyczy warunków, które często towarzyszą zwolnieniu pacjenta. Często opuszcza on szpital pod nadzorem i kontrolą prawną osoby najbliższej lub specjalnie dobranej i szczególnie bacznego pracodawcy. Jeśli zachowuje się pod ich patronatem niestosownie, osoby te mogą szybko uzyskać po-

nowne umieszczenie byłego pacjenta w szpitalu. Pozostaje on zatem w szczególnej władzy osób, które zwykle nie miałyby nad nim tej władzy i wobec których może mieć wcześniejsze powody do uczucia goryczy. By jednak opuścić szpital, pacjent może ukrywać swe niezadowolenie wobec całego tego układu oraz - przynajmniej dopóki nie zostanie definitywnie wykreślony ze szpitalnego rejestru - odgrywać gotowość jak gdyby akceptacji tego rodzaju niewoli. Owe procedury zwalniania zawierają więc w sobie lekcję podejmowania w sposób jawny roli bez występującego zazwyczaj przy tym wewnętrznego, ukrytego zaangażowania. Pogłębiają one zapewne izolację osobnika wobec dziedzin rzeczywistości, które inni biorą poważnie.

Przemiany moralne osoby należącej do danej kategorii społecznej pociąga za sobą standardowy ciąg zmian, w jaki pojmuje ona jaźń innych ludzi, łącznie - co ważne - z własną jaźnią. Owe na poły utajone linie rozwoju można śledzić badając jej doświadczenia moralne, to znaczy wydarzenia wyznaczające punkt zwrotny w sposobie pojmowania przez nią świata, jakkolwiek szczególne cechy jej poglądów mogą być trudne do ustalenia. A uchwycić tu można w zapisie jawne taktyki lub strategie, stanowiska jakie osobnik faktycznie zajmuje wobec innych ludzi, bez względu na ukrytą i zmienną naturę jego wewnętrznego przywiązania do tych przedstawień swojej osoby. Przez obserwację doświadczeń moralnych i jawnych nastawień osobnika można uzyskać względnie obiektywne ślady stosunkowo subiektywnych zjawisk.

Każda kariera moralna, a za nią każda jaźń występuje w granicach systemu instytucjonalnego czy układu społecznego, takiego jak szpital psychiatryczny lub kompleks stosunków osobistych i zawodowych. Jaźń można zatem pojmować jako coś, co zamieszkuje te układy, które w systemie społecznym mają dla jego członków charakter przeważający. W tym sensie jaźń nie jest właściwością osoby, dla której jest przypisana, lecz zamieszkuje raczej we wzorach kontroli społecznej, sprawowanej w odniesieniu do tej osoby przez nią samą i tych, którzy ją otaczają. Ten specyficzny rodzaj porządku instytucjonalnego nie tyle wspiera jaźń co ją konstytuuje.

Rozważano tutaj dwa z takich porządków. Polegało to na wskazaniu, co przydarza się osobnikowi kiedy te systemy reguł ulegają osłabieniu. Pierwszy z nich dotyczy odczucia przez pacjenta lojalności osoby najbliższej. Jaźń przyszłego pacjenta ujęto jako fun-

kcję sposobu powiązania trzech ról wyrastających i zanikających w związkach tego rodzaju, które pojawiają się między osobą najbliższą pacjentowi i pośrednikami. Drugi z tych porządków instytucjonalnych dotyczy ochrony, której człowiek domaga się dla obrazu swej osoby przedstawianego innym, i drogi, na której odmowa tej ochrony może wytworzyć systematyczny, jeśli nie zamierzony aspekt funkcjonowania układu. Chcę podkreślić, że są to tylko dwa z możliwych rodzajów instytucjonalnych, z których wyrasta jaźń ich uczestnika. Inne, nie rozważane tutaj, są równie ważne.

W normalnym cyklu socjalizacji dorosłego człowieka, alienacji i upokorzeń oczekuje się w wypadku nabycia nowych przekonań o świecie i nowego sposobu ujęcia innych jako jaźni. W przypadku pacjenta szpitala psychiatrycznego takie odrodzenie zdarza się czasami, przybierając formę silnej wiary w perspektywę psychiatryczną lub - przynajmniej na krótko - angażując w społeczną sprawę lepszego traktowania pacjentów psychiatrycznych.

Ale moralna przemiana, kariera pacjenta psychiatrycznego jest wyjątkowo interesująca; może ona zilustrować taką możliwość, że oto pozbywając się szat starej jaźni lub pozbywszy się tego okrycia do końca, człowiek nie musi szukać nowej maski ani nie musi poszukiwać nowej publiczności, by kulić się przed nią w strachu. Miał tego może on nauczyć się stosować, przynajmniej przez jakiś czas, amoralną sztukę bezwstydu wobec każdej grupy.

Erving Goffman

THE MORAL CAREER OF THE MENTAL PATIENT

The article is a translation of a fragment of "Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates" by Erving Goffman.

The chapter "The Moral Career of the Mental Patient" deals with changes of the self within institutional or social systems such as the mental asylum. The self is defined here as something which inhabits these systems. In this sense the self is not a characteristic feature of the person to whom it is ascribed, but is rather situated in the patterns of social control.