

WPROWADZENIE

Są w naszej rzeczywistości społecznej instytucje, których funkcjonowanie opiera się na tworzeniu barier i ograniczeń. Instytucje, w których organizatorem przestrzeni życiowej staje się *regulam*, a jakiegokolwiek odstępstwo od sztywno wyznaczonych i narzuconych ram jest mniej lub bardziej rygorystycznie penalizowane. Mijamy je na co dzień: więzienia, szpitale, zakłady psychiatryczne, koszary wojskowe, klaszatory... Mijamy je, ale (pewnie na szczęście) losy niewielu z nas potoczą się w taki sposób, że z własnej woli lub wbrew sobie znajdziemy się wewnątrz takiej instytucji. Dla mnie, studenta ostatniego roku socjologii, instytucje totalne stanowiły jedynie pewien koncept teoretyczny, z którym zapoznawaliśmy się w trakcie zajęć dydaktycznych. Były *de facto* bytem abstrakcyjnym, znanym jedynie z literatury przedmiotu, książek czy filmów. Nieprawdopodobne wydawało mi się trafienie w obręb instytucji totalnej w charakterze innym aniżeli wyłącznie badacza. Jednak nigdy nie można być pewnym tego, co przyniesie jutro. Moje dotychczasowe, ustabilizowane, spokojne życie studenta w momencie śmierci matki z dnia na dzień legło w gruzach. Niemożliwość wytłumaczenia sobie tego, co się stało, i pogodzenia się z tym, wewnętrzny bunt, a zarazem niewyobrażalna pustka połączona z całkowitą bezsilnością doprowadziły mnie do ciężkiej depresji, z której jedyną szansą wyjścia był pobyt w szpitalu psychiatrycznym. W ten oto sposób nagle z wolnej, zadowolonej z życia osoby, w pełni zdrowej psychicznie i fizycznie stałem się *pacjentem* wymagającym hospitalizacji. Inaczej mówiąc: przez określony czas, dokładnie jedenaście tygodni, byłem częścią instytucji totalnej, jaką jest szpital psychiatryczny. Instytucji, na którą składali się

inni pacjenci, personel, pisane i niepisane reguły obowiązujące w tym miejscu oraz jej infrastruktura i zaplecze materialne.

Z czysto osobistego punktu widzenia znalazłem się w sytuacji beznadziejnej – tak ją przynajmniej początkowo postrzegałem: oto student dwóch kierunków studiów na Uniwersytecie Warszawskim, pracownik firmy ewaluacyjnej, w połowie drugiego semestru, przed zbliżającą się sesją egzaminacyjną został zamknięty w miejscu, w którym pokoje nie miały klamek, z telefonu komórkowego można było skorzystać tylko za zgodą personelu, a na sąsiednich łózkach leżeli nałogowi alkoholicy, schizofrenicy, osoby z pociętymi żyłami i cały szereg innych pacjentów o mniejszym lub większym stopniu upośledzenia. Niewątpliwie swego rodzaju szok, jakiego doznałem, znajdując się niejako wbrew woli w takim miejscu, wpłynął na obraną przeze mnie strategię, która obliczona była wyłącznie na jak najszybsze opuszczenie murów szpitala – co udało się po czterech tygodniach. Konsekwencją takiego – z pełną świadomością muszę to przyznać – nieodpowiedzialnego działania było to, że trzy tygodnie później trafiłem do szpitala ponownie. Tym razem zakończona sukcesem terapia trwała siedem tygodni. Łącznie jedenaście tygodni przebywania w miejscu, które dla przeciętnego obywatela, w tym socjologa, jest niedostępne. Tym samym z punktu widzenia przedstawiciela dyscypliny naukowej, jaką jest socjologia, znalazłem się w sytuacji przez swoją unikatowość skądinąd komfortowej.

Dzięki roli społecznej pacjenta uzyskałem niemal nieograniczony dostęp do materiału empirycznego, który dla zdecydowanej większości badaczy jest nieosiągalny. Stałem się członkiem pewnej specyficznej grupy społecznej, jaką stanowią pacjenci szpitala psychiatrycznego, a także, w momencie zatrzaśnięcia się za mną okratowanych drzwi, zacząłem stanowić integralny element tejże instytucji. Z czysto badawczego punktu widzenia sytuacja, jakiej doświadczyłem, była zbliżona do pobytu w więzieniu Marka M. Kamińskiego, autora książki *Gry więzienne. Tragikomiczny świat polskiego więzienia*, powstałej na podstawie obserwacji przeprowadzonych w instytucji, do której trafił w okresie PRL-u skazany za działalność antysystemową. Podobnie jak Kamiński, bezcenny dla wielu badaczy materiał miałem na wyciągnięcie ręki, stanowiąc przy tym część przedmiotu badania, którego pomysł i koncepcja narodziły się w drugim tygodniu pierwszego pobytu w szpitalu. Początkowo trak-

towałem aktywność badawczą jako próbę osvajania nieznanego mi dotąd, dziwnej i niezrozumiałej rzeczywistości. Można powiedzieć, że za wszelką cenę starałem się przyjąć rolę obserwatora, dystansując się wobec roli pacjenta. Tym samym decyzja o socjologicznej analizie miejsca, gdzie się znalazłem, była decyzją strategiczną, ukierunkowaną na podtrzymanie jak najsilniejszych więzów ze światem, od którego zostałem odcięty, który został poza murami szpitala. Przyjęcie roli socjologa miało stwarzać swoistą iluzję, być parasolem ochronnym, bardzo złudnym, będącym emanacją braku zgody na zaistniałą sytuację. Łudziłem się, że fałszywa wizja, jakoby moim głównym zadaniem w szpitalu było prowadzenie badań, pozwoli mi przetrwać czekające mnie dni we w miarę dobrej kondycji psychicznej i umożliwi stosunkowo bezbolesny powrót do normalnego życia. Była to jednak wyłącznie iluzja, nieudana próba oszukania samego siebie, wmówienia sobie, że nie mam poważnych problemów psychicznych, że pomoc psychiatrów i psychologów jest zbędna i że właściwie to trafiłem tu przez pomyłkę. Taka strategia mogła dać efekty jedynie krótkoterminowe: osiągnąłem swój cel, jakim było jak najszybsze opuszczenie szpitala. Najważniejsze są jednak inne cele, nazwijmy je strategicznymi. W moim przypadku taki cel stanowiło całkowite wyleczenie. Strategia obrona przeze mnie na początku okazała się bardzo krótkowzroczna. Skutkiem takiej, a nie innej decyzji podjętej przeze mnie podczas pierwszej hospitalizacji było ponowne trafienie do szpitala trzy miesiące później. Tym razem w żaden sposób nie dało się obronić stawianej przeze mnie wcześniej tezy o dobrej kondycji psychicznej. Górę wzięła obawa, że tym razem nieskuteczna terapia może przynieść fatalne skutki. Dotarło do mnie, że wszystkie swoje wysiłki muszę skoncentrować na dojściu do formy psychicznej umożliwiającej normalne funkcjonowanie. Oznaczało to konieczność pełnej akceptacji roli pacjenta i odsunięcia na bok jakichkolwiek prób przekonywania samego siebie, że jestem tutaj w innym celu niż terapia. Tym samym w trakcie drugiego, dłuższego pobytu w szpitalu zasadniczo nie przyjąłem roli badacza otaczającej rzeczywistości. Nie oznaczało to jednak rezygnacji z dokonywania wnikliwych obserwacji, prób zestawiania ich wyników ze znanymi mi teoriami dotyczącymi instytucji totalnych czy dokonywania uproszczonych analiz pewnych sytuacji i zdarzeń. Niemniej jednak działania te stanowiły tylko tło dla

mojej podstawowej aktywności, jaką było poddanie się leczeniu. Myśl, że to, co widzę, to, w czym uczestniczę, może się stać tematem pracy naukowej, tkwiła gdzieś głęboko w podświadomości, a ostateczna decyzja, że swoje obserwacje, przemyślenia chcę spisać i ująć w pewne ramy formalno-teoretyczne, zapadła dopiero dwa tygodnie przed wyjściem ze szpitala (o tym, jak wpłynęło to na proces badawczy i na jakość zebranego materiału, piszę w pierwszym rozdziale). Tym samym trochę przypadkowo, a jednocześnie bez specjalnych zabiegów stałem się posiadaczem niezwykle obszernego, unikatowego materiału badawczego, który uzupełniony o dane z przeprowadzonych przeze mnie wywiadów oraz analizę danych zastanych, w tym literaturę przedmiotu, miał stworzyć podwaliny pod niniejszą pracę.

Temat i cele pracy

Koncepcje naukowego wykorzystania zebranego materiału badawczego były bardzo zróżnicowane, począwszy od próby przebadania całego zjawiska społecznego, jakim są coraz powszechniejsze wśród ludzi schorzenia psychiczne, przez próbę analizy samej grupy społecznej, jaką są osoby dotknięte problemami psychicznymi, skończywszy na rozważaniach dotyczących ilości i różnorodności ról społecznych, jakie człowiek, często nieoczekiwanie i wbrew sobie, może pełnić w ciągu swojego życia. Ostatecznym wyborem było maksymalne zawężenie zakresu treściowego pracy i skupieniu się wyłącznie (aż?) na opisanu instytucji, w której spędziłem jedenaście tygodni, oraz próba zestawienia moich doświadczeń i obserwacji z pracami naukowymi poświęconymi instytucjom totalnym, a w szczególności szpitalom psychiatrycznym. Na decyzję tę wpłynęły następujące czynniki:

- Dysponowanie kompletnym, rozbudowanym i nieskażonym interwencją badacza materiałem badawczym.
- Możliwość dokonywania generalizacji na podstawie zebranego materiału: cechą charakterystyczną poszczególnych typów instytucji totalnych jest ich wzajemne podobieństwo: funkcjonują na podstawie tych samych aktów prawnych, wewnętrznych regulaminów, w swoich podstawowych założeniach pozostają spójne między sobą, katalog ról, jakie mogą pełnić członkowie instytucji, jest w każdej z nich identycz-

ny i obejmuje ten sam zakres (role, o których mowa, to role: pacjenta, lekarza, pielęgniarki, salowej, personelu socjalnego). Wszystkie podobieństwa sprawiają, że gruntowne przebadanie jednej instytucji totalnej uprawnia do dokonywania uogólnień i rozszerzania wyników badania na pozostałe instytucje tego samego typu, oczywiście z zastrzeżeniem, że istnienia pewnych odrębności nie można wykluczyć.

- Zainteresowanie tematyką instytucji totalnych.
- Chęć dokonania weryfikacji zdobytej wiedzy z teoriami dotyczącymi instytucji totalnych.
- Niewielka liczba opracowań poświęconych instytucjom totalnym, a w szczególności szpitalom psychiatrycznym. Zasadniczo jedyną pozycją, która jest w całości poświęcona temu zagadnieniu i w sposób kompleksowy traktuje o instytucjach tego typu, jest książka Ervinga Goffmana *Instytucje totalne. O pacjentach szpitali psychiatrycznych i mieszkańcach innych instytucji totalnych*¹, w której autor wiele uwagi poświęca właśnie takiej instytucji, jaką jest szpital psychiatryczny.

Każdy z wymienionych czynników stanowił argument przemawiający za wykorzystaniem zebranego materiału badawczego w celu przeprowadzenia dokładnego studium przypadku, którego przedmiotem będzie organizacja i funkcjonowanie szpitala psychiatrycznego. Żeby wzmocnić jakość i wiarygodność mojej pracy i nadać jej walory bardziej naukowe niż publicystyczne, postanowiłem skonfrontować poczynione przeze mnie obserwacje, spostrzeżenia i wyciągnięte na ich podstawie wnioski z dostępnymi teoriami dotyczącymi instytucji totalnych.

Z jednej strony chcę wprowadzić czytelnika w świat, który przeciętnemu obywatelowi jest nieznany, a który przy powierzchownym poznaniu może wydawać się niezrozumiały. Przez dokładny, precyzyjny, a zarazem sugestywny opis chciałbym przedstawić zasady rządzące funkcjonowaniem instytucji totalnej, jaką jest szpital psychiatryczny. Z drugiej strony stawiam sobie ambitne zadanie konfrontacji wiedzy uzyskanej jako pacjent z wiedzą naukową dotyczącą tej problematyki,

¹ Erving Goffman, *Instytucje totalne. O pacjentach szpitali psychiatrycznych i mieszkańcach innych instytucji totalnych*, tłum. Olena Waśkiewicz, Jacek Łaszcz, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2011.

odwołując się do modeli teoretycznych instytucji totalnej i porządku interakcyjnego stworzonych przez Goffmana.

Goffman był jednym z najwybitniejszych teoretyków interakcji. Jak pisze Sztompka, tematem jego twórczości był porządek interakcyjny, „czyli siatka jawnych i ukrytych reguł kierujących interakcjami ludzi w obrębie spotkań, zgromadzeń, sytuacji i okazji społecznych”². Ów porządek był rekonstruowany za pomocą kilku modeli: dramaturgicznego, gry oraz interakcji w instytucjach totalnych. Interakcja między aktorami stanowiła sferę mikro, czyli ten poziom życia społecznego, który jak pisze Chmielewski, obejmuje działania indywidualne i działania niewielkich podmiotów zbiorowych³. Podążając za autorem *Homo agens*, można stwierdzić, że działania te są filtrowane przez instytucje i przekładają się na działania społeczeństwa (makro). Goffman twierdził, że „między sferami mikro i makro istnieje w najlepszym wypadku luźny związek, a na podstawie badań z poziomu mikro nie można wyjaśnić makrozjawisk”⁴. Jednocześnie zjawiska z poziomu makro, a w szczególności z poziomu mezo, wywierają wpływ na interakcje między aktorami. Siła i charakter tego wpływu zależą od instytucjonalnego otoczenia stanowiącego kontekst danej interakcji. Jest on szczególnie widoczny właśnie w stanowiących jeden z głównych przedmiotów badań Goffmana instytucjach totalnych, do których zaliczają się również szpitale psychiatryczne. Instytucje te z góry określają dostępny uczestnikom katalog akceptowalnych wzorów interakcyjnych, często konkretyzując je w postaci wewnętrznych regulaminów lub instrukcji. Wzory te są najczęściej skonstruowane na podstawie relacji podległości i nadrzędności. Służą utrzymaniu obowiązującej w instytucji struktury hierarchicznych zależności wewnątrz- i międzygrupowych, wyraźnie określając role pełnione przez członków instytucji. Wydaje się, że to właśnie instytucje totalne są tym rodzajem struktur z poziomu mezo, które w największym stopniu dążą do determinowania interakcji poziomu mikro, ograniczając margines swobody aktorów. Definicja sytuacji, której aktorzy nie kreują, a która jest im dana i stanowi immanentną cechę danej instytucji total-

² Piotr Sztompka, *Socjologia*, Znak, Kraków 2007, s. 104.

³ Piotr Chmielewski, *Homo agens*, Poltex, Warszawa 2011, s. 209.

⁴ Cyt. za: Jonathan H. Turner, *Struktura teorii socjologicznej*, tłum. Grażyna Woroniecka i in., Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008, s. 456.

nej, mocno osłabia tak zwaną autonomię porządku interakcyjnego po to, by jak pisał Goffman, „mieszkaniec instytucji totalnej nie mógł działać zgodnie z własną wolą”⁵.

Niniejsza praca w największym zakresie będzie się odwoływać do dorobku Goffmana, dotyczącego w szczególności koncepcji instytucji totalnych, ale również do pozostającej z nią w związku koncepcji interakcji. Uzasadnione jest to między innymi faktem (o czym już wspominałem), że książka Goffmana jest jedyną, która w sposób tak wszechstronny traktuje o problematyce instytucji totalnych, ze szczególnym uwzględnieniem szpitali psychiatrycznych właśnie.

Powyżej przedstawiłem naukowe motywacje i cele mojej pracy. Jest jednak jeszcze drugi, nie mniej ważny dla mnie wymiar, drugi cel, jaki chcę osiągnąć dzięki jej napisaniu. Ma ona stanowić dla mnie swoiste *katharsis*, być zamknięciem pewnego rozdziału w życiu, rozdziału pełnego traumatycznych przeżyć, negatywnych doznań, o których nie da się zapomnieć, ale które udało się przeczłubić i z którymi można żyć. Niektórzy próbują tego typu doświadczenia wymazać z pamięci, w rozmowach zmieniają temat, ukrywają fakt leczenia psychiatrycznego. Takie zachowanie, biorąc pod uwagę ciągle obecne w naszym kraju stereotypowe myślenie i związane z nim uprzedzenia, można zrozumieć (przykładowo, co drugi Polak uważa, że zadaniem szpitala psychiatrycznego jest ochrona ludzi zdrowych przed chorymi psychicznie)⁶. Zrozumiała jest obawa przed przypięciem łatki „wariata” – to słowo, które w zasadzie nie niesie ze sobą żadnej merytorycznej treści, wciąż jest w powszechnym użyciu. Ciągle w dużej części społeczeństwa pokutuje przekonanie, jakoby pobyt w zakładzie psychiatrycznym był równoznaczny ze swego rodzaju stygmatyzacją. Jakkolwiek zauważalne są zmiany w nastawieniu opinii publicznej do kwestii schorzeń psychicznych, co wiąże się między innymi z faktem, że problem ten dotyka coraz większą grupę ludzi, a schorzenia tego typu można wręcz uznać za choroby cywilizacyjne (zgodnie z danymi opublikowanymi przez Komisję Europejską zły stan zdrowia psychicznego cechuje aż dwadzieścia

⁵ Erving Goffman, *Instytucje totalne...*, s. 52.

⁶ Badanie TNS OBOP z sierpnia 2003 roku, przeprowadzone w ramach Ogólnopolskiego Programu Zmiany Postaw Wobec Psychiatrii „Odnależcie siebie” na reprezentatywnej grupie tysiąca Polaków powyżej piętnastego roku życia.

siedem procent mieszkańców Europy), nadal w wielu kręgach temat ten pozostaje tematem tabu, przyznanie się do problemów psychicznych jest postrzegane jako słabość, a wizyty u psychiatry w dalszym ciągu nie traktuje się jak wizyty u lekarza każdej innej specjalności (według przeprowadzonych przez OBOP badań aż siedemdziesiąt siedem procent Polaków nie skorzystałoby z pomocy lekarza psychiatry z powodu wstydu i lęku przed reakcją otoczenia, a dla siedemdziesięciu procent Polaków wizyta u lekarza psychiatry jest większym stresem niż wizyta u innego lekarza). Ujawnienie posiadania schorzeń psychicznych, a tym bardziej pobytu w zamkniętym szpitalu psychiatrycznym może być wręcz porównywane do *coming outu* – ujawnienia swojej orientacji przez osoby homoseksualne.

Ja również miałem opory przed ujawnianiem tego, co działo się ze mną, gdzie byłem przez cztery tygodnie maja i siedem tygodni na przełomie lipca i sierpnia. Przyznawanie się do kilkutygodniowej terapii w szpitalu psychiatrycznym i otwartość w poruszaniu tego tematu odbywało się etapami, z których każdy polegał na rozszerzaniu kręgu osób „wtajemniczonych”. Niniejsza praca ma być zasadniczo etapem ostatnim. Mam również nadzieję, że będzie ona stanowić wkład do dyskusji mającej za przedmiot zagadnienia zdrowia psychicznego i sposobów leczenia schorzeń psychicznych. Liczę, że przez dostarczenie nierozpowszechnianej, może nawet nieznannej do tej pory wiedzy pozwoli przełamać pewne uprzedzenia i stereotypy oraz będzie stanowić pole do dyskusji i wymiany opinii. Nie chciałbym jednak, by była odczytywana jako próba zajęcia stanowiska w dyskusji dotyczącej tego, czy obecny kształt i sposób funkcjonowania instytucji totalnej, jaką jest szpital psychiatryczny, wymaga zmian i reform. Zdaję sobie sprawę, że samym opisem mogę dostarczać argumentów na rzecz zarówno zwolenników, jak i przeciwników deinstytucjonalizacji, będę się jednak starał unikać sądów wartościujących, dając pierwszeństwo funkcji deskryptywnej.

Z tych wszystkich względów traktuję niniejszą pracę bardzo osobiście i między innymi z tego powodu jest ona pisana w pierwszej osobie. Będąc uczestnikiem wydarzeń, które opisuję i które wywarły na mnie wielkie wrażenie, nie wyobrażam sobie, bym mógł pisać inaczej. Również język, którego będę używał, nie zawsze będzie czystą, piękną polszczyzną, ale jest to konieczne, by w sposób rzetelny, a zarazem su-

biektywny opisać instytucję, w której się znalazłem. W związku z tym z góry proszę czytelników o wyrozumiałość i wybaczenie tego i może również innych prawdopodobnych odstępstw od sztywnych, formalnych ram, jakich powinna się trzymać praca naukowa.