

Analiza procesa konstruisanja mentalnih bolesti na psihijatrijskom odeljenju požarevačke bolnice

Ovaj rad predstavlja analizu procesa socijalnog konstruisanja mentalnih bolesti na psihijatrijskom odeljenju Gradske bolnice u Požarevcu. Na osnovu intervjua sa grupom učenica koje dolaze na praktičnu nastavu, participacije sa opservacijom i analize prostorne pozicije odeljenja, ustanovila sam na koji način dolazi do stigmatizacije psihijatrijskih bolesnika kao zasebne grupe ljudi izdvojene od ostatka društvene zajednice i konstruisanja mentalnih bolesti kao „opasnih po društvo”. Zaključuje se da je Gradska bolnica u Požarevcu institucija „totalnog” tipa i da je kroz medicinsku praksu osnažen proces stigmatizacije bolesnika.

Uvod

U ovom radu analizirala sam načine na koje se kroz medicinsku praksu konstruiše koncept mentalnih bolesti i utiče na institucionalizovano konstruisanje socijalnih identiteta medicinskog osoblja i bolesnika psihijatrijskog odeljenja Gradske bolnice Požarevac. Planom i programom Ministarstva prosvete Republike Srbije tokom školske 2008/2009. godine, propisan je odlazak učenika srednjih medicinskih škola na psihijatrijsko odeljenje u fondu od trideset i pet časova radi ovladavanja osnovnim psihijatrijskim teorijsko-praktičnim veštinama i znanjima. Istraživanju sam pristupila analizom prostorne organizacije Gradske bolnice, a zatim i korišćenjem metode participacije sa opservacijom i intervjuisanjem grupe učenica trećeg razreda srednje Medicinske škole iz Požarevca, smera medicinska sestra-tehničar.

U radu je pokazan način na koji je prostorna organizacija psihijatrijskog odeljenja uticala na konstruisanje socijalnog identiteta psihijatrijskih bolesnika od strane učenica koje su na ovom odeljenju radile. Tumačeći način na koji su bolesnici bili smešteni, učenice su bile te kojima je strukturalna pozicija odeljenja pomogla da mentalne bolesti konstruišu kao opasne i posebne. Zaključila sam da je koncipiranje odeljenja po ugledu na Bentamov Panoptikon (Fuko 1997) doprinelo da učenice bolesnike sa psihijatrije posmatraju drugačije u odnosu na bolesnike sa drugih odeljenja u bolnici. Prema Gofmanovoj teoriji psihijatrijsko odeljenje požarevačke bolnice spadalo je u institucije „totalnog” tipa (Gofman 1961, naved. u Quirk *et al.* 2006). Priпадnost ovakvom tipu institucija doprinela je jačanju procesa stigmatizacije, a medicinskom praksom je stigmatizacija još više pojačana.

Teorijsko-metodološki okvir

U radu „Radi kako ja kažem, ne kako ja radim”, Igan, Džej i Parker su ispitali ulogu medicinske prakse u procesu profesionalne socijalizacije medicinskog osoblja (Egan *et al.* 2006). Njihov je cilj bio da otkriju „hidden curriculum” – skriveni nastavni program kod studenata medicine i profesora praktične nastave u jednoj medicinskoj školi na Novom Zelandu. „Skriveni nastavni program” autori su objasnili tako što su uporedili formalni, deklarirani nastavni plan, koji predstavlja jednu od komponenti medicinske prakse, i „skriveni nastavni program”, čije su se komponente usvajale tokom kontinuirane medicinske prakse i za sobom povlačile niz profesionalnih vrednosti, veština i ponašanja. Dakle, „skriveni nastavni program” obuhvata vrednosti, veštine i znanja koja su učenice i učenici dobijali pored

Jovana Stević (1991), Kostolac, Trg bratstva i jedinstva 7/20, učenica 4. razreda Srednje medicinske škole u Požarevcu

MENTORKA: doc. dr Marina Simić, Fakultet političkih nauka Univerziteta u Beogradu

propisanog plana i programa prakse, a koja njime nisu bila obuhvaćena.

Igan, Džej i Parker opisuju medicinsko obrazovanje kao profesionalnu socijalizaciju (Egan *et al.* 2006). Profesija je bila medijator pomoću kojeg su se od kliničke prakse do studenata prenosila propisana očekivanja „medicinskog” ponašanja. Set propisanih pravila o tome kako bi medicinsko osoblje trebalo da se ponaša, misli i oseća, bili su povezani sa institucionalizovanim pravilima medicinskih škola i bolnica za obučavanje. Ova pravila su se razvijala tokom svakodnevnih kliničkih i nastavnih prakse. Igan, Džej i Parker opisuju nastavni program i nastavne prakse kao diskurzivno polje u kojem se konstruišu studenti medicine kao takvi, pri tome učeći i u sebe ugrađujući očekivane vrednosti i ponašanja koje im nalažu škole. Krajnji produkt ovog procesa je konstruisanje socijalnih identiteta medicinskog osoblja koje radi bezbedno, koje je kompetentno i efikasno. Tako su studenti učili da gledaju na stvari „medicinski” (Egan *et al.* 2006: 142).

Igan, Džej i Parker su istakli ambivalentnost edukativnog sistema u medicini, tj. onoga što se kao program nastavne prakse davalo studentima, i onoga što bi studenti stvarno naučili kroz tu praksu. Uloga samog programa bila je da pruži priliku studentima da preuzmu profesionalni identitet koji im se servirao pomoću pedagoških tehnika (Egan *et al.* 2006: 150). Ovo preuzimanje profesionalnog identiteta i tehnika unutrašnje kontrole rada psihijatrijskih odeljenja zavisilo je i od tipa institucije na koju su bolesnici smeštani i u kojoj se sprovodila medicinska praksa studenata. To znači da je preuzimanje profesionalnog identiteta zavisilo od tipa institucije na kome se ono formiralo.

Kvirk, Lelijot i Sil (Quirk *et al.* 2006) su naveli da se bolnice mogu podeliti prema njihovoj permeabilnosti, koja podrazumeva povezanost, otvorenost i saradnju date institucije sa spoljašnjim svetom, na „permeabilne” i „totalne” institucije. Permeabilne i totalne institucije su na različite načine određivale profesionalni identiteti medicinskog osoblja. Sledeći Gofmana, institucije kao što su mentalne bolnice autori su klasifikovali kao institucije totalnog tipa, koje sa sobom povlače i „totalni” način života svojih stanovnika – pacijenata, koji u njima žive kao da su odsečeni od sveta (Gofman 1961, naved. u Quirk *et al.* 2006). Sledeći takvo shvatanje bolnice kao izolovanog sistema, Kozler je opisala bolnicu kao „egzotično” mesto, nazivajući bolnice „zatvorenim malim ostrvima”, koje su kao usko zatvoren prostor odseca-

le svoje žitelje od „kontinenta” i sveta gde se odvijao „normalan” život (Coser 1962, naved. u Long *et al.* 2008: 71-72). Dok bolesnici leže u krevetima u svojim sobama, oni nemaju vidik ka spoljašnjem svetu. Kroz prozore jedino mogu videti krovove zgrada koji ih okružuju, a koji su i sami u sastavu bolnice (*ibid.*).

Kvirk, Lelijot i Sil (Quirk *et al.* 2006) sledeći Gofmana navode da se u „totalne institucije” lako može pristupiti, a vrlo teško iz njih izaći. Gofman je naveo da stupanjem u „totalne institucije”, bolesnici bivaju „ogoljeni” na taj način što im se oduzimaju lične stvari i što svi bivaju primorani da nose istu, standardnu, uniformisanu odeću. Na taj način, bolesnici u institucijama „totalnog” tipa postaju depersonalizovani (Gofman 1961, naved. u Quirk *et al.* 2006: 110). Međutim, Kvirk, Lelijot i Sil smatraju da u „permeabilnim” institucijama osoba koja dolazi na psihijatrijsko odeljenje ne gubi nužno svoj identitet, već i dalje ostaje „osoba” (*ibid.*). U institucijama permeabilnog tipa zamagljena je granica između prostora psihijatrijskog odeljenja i prostora izvan njega. Autori su naveli da se permeabilnost institucija ogledala kroz kraći boravak pacijenata na odeljenju, privremenost i kratku zaposlenost osoblja na odeljenju, te na geografsku lokaciju permeabilne institucije, koja čini da bolesnici postanu deo lokalne zajednice i da nisu izolovani kao u slučaju „totalnih institucija”. Bolesnici su održavali kontakt sa ljudima van bolničke ustanove putem mobilnih telefona i interneta, a ova komunikacija nije bila cenzurisana niti regulisana posebnim merama.

Baveći se stigmatizovanjem bolesti, Gofman je stigmom opisao kao „karakteristiku koja ima negativne konotacije u društvenom životu” (Gofman 1963, naved. u Carnevale 2007: 9-10). Njegovo objašnjenje stigme fokusiralo se na stavove javnosti prema osobama koje poseduje karakteristike koje izlaze izvan očekivanih društvenih pojava i ponašanja. Osobe sa takvim osobinama se „unižavaju u našim očima, prelazeći sa statusa normalne osobe na status osobe manje vrednosti”, tj. iz kategorije „normalne” u kategoriju „devijantne” osobe (Gofman 1963, naved. u Carnevale 2007: 9-10). Gofman je stigmom definisao kao „atribut koji ima moć diskreditacije i koji potkopava ugled” (Gofman 1963, naved. u Carnevale 2007: 9-10). Atributi stigme mogu da upućuju na fizičke karakteristike „deformiteta” ili na neke „moralne” karakteristike „marginalizovanih” socijalnih grupa (Gofman 1963, naved. u Carnevale, 2007: 9-10). Gofman je definisanje stigme dao u okviru četiri međusobno povezane komponente. Prva je

uključivala sposobnost razlikovanja i prepoznavanje razlika kod stigmatizovanih osoba. Ova komponenta je upućivala na to da od strane društva postoji selekcija ljudskih razlika. Druga komponenta procesa stigmatizacije nastaje kada se ljudske razlike opisuju kao društveno negativne ili nepoželjne (Link i Phelan 2001: 367-368). Tako postavljene, negativne karakteristike konstruišu socijalni identitet stigmatizovane osobe. Ova komponenta obuhvata prepoznavanje, etiketiranje i građenje stereotipa. Za drugu komponentu u procesu stigmatizacije, Link i Felan su naveli primer Linkovih ispitanika iz Njujorka koji su verovali da su „mentalni bolesnici u suštini opasni” (Link i Phelan 2001: 369). Treća komponenta stigmatizacije obuhvata konačno odvajanje „nas” od „njih”. Dobar primer za to odvajanje je kada se o osobama sa psihijatrijskog odeljenja češće govori kao o epileptičarima ili šizofrenicima nego o osobama koje imaju epilepsiju ili šizofreniju. Kada bi se kazalo da osoba ima grip, srčanu bolest ili kancer, to bi i dalje značilo da je ona jedna od „nas”, ali kada bismo kazali da je neka osoba šizofreničar, to bi značilo da smo je time svrstali u grupu „njih” (Link i Phelan 2001: 370). Četvrta komponenta stigmatizacije uključuje gubljenje statusa osobe kao jedne od „nas” i konačnu diskriminaciju. Ljudi postaju stigmatizovani kada su prepoznati, etiketirani, a zatim i predstavljeni sa negativnim karakteristikama i povezani sa stereotipima, što je na kraju dovelo do gubljenja statusa „normalne” osobe. Tada takva osoba biva i diskriminisana (Link i Phelan 2001: 371). Link i Felan su predstavili stigmatizaciju kao zasnovanu i zavisnu od moći – da bi neko mogao da vrši proces stigmatizovanja neophodno je da poseduje socijalnu, ekonomsku ili političku moć (Link i Phelan 2001: 375).

Mišel Fuko je predstavio parcelisanje prostora i raspored jedinki u prostoru kao jedan od uslova uspostavljanja odnosa moći opisujući metode potčinjavanja i uticaja institucija na formiranje identiteta (Fuko 1997: 190-223). Fuko je koristio primer zatvora, objašnjavajući da je takav prostor moguće nadgledati i kontrolisati. Na taj način onemogućuje se stvaranje grupa kritične veličine koje bi mogle da se odupru kontroli, a grupe koje mogu nastati su uređene, podložne kontroli, disciplinovane i homogene. Fukoovo potčinjavanje ne podrazumeva samo fizičku vlast nad telom, već zahteva potčinjavanje načina mišljenja i ponašanja, kako bi se sve jedinke uključene u instituciju ponašale po određenom obrascu kontrole. Da bi se izvršilo potčinjavanje, pored prostornog ograničavanja, vremenskog planiranja i orga-

nizovanja aktivnosti, neophodno je i stalno nadgledanje. Za ovaj process ključna je upotreba Panoptikona. Fuko je Panoptikon opisao kao građevinu u čijem centru se nalazi kula (Fuko 1997: 190-223). Zidove građevine čine jednake ćelije iz kojih je moguće videti jedino centralnu kulu, a iz kule je moguće nadgledati svaku ćeliju. Tako su zatvorenici konstantno izloženi pogledu iz kule. Iako u kuli nikada ne mora biti stražara, zatvorenici to ne mogu znati. Oni imaju svest da u svakom trenutku mogu biti posmatrani. Tako se obezbeđuje funkcionisanje vlasti i izbegavanje negativni međusobni uticaji i nedozvoljene radnje (Fuko 1997: 190-223).

Primena Panoptikona je polivalentna, što znači da se princip Panoptikona može primenjivati kako na kažnjavanje zatvorenika, tako i na lečenje bolesnika. Navodeći Bentama, Fuko kaže da je Panoptikon primenljiv „na sve ustanove gde treba u ograničenom i nevelikom prostoru držati pod nadzorom određeni broj osoba” (Fuko 1997: 200). Nastavljajući tu ideju u seriji predavanja nazvanog „Nenormalni”, Fuko (2002) navodi da se psihijatrija, pre nego što je postala medicinska specijalnost, institucionalizovala kao posebna oblast socijalne zaštite protiv svih opasnosti koje mogu stići društvu usled bolesti, ili svega onoga što se direktno ili indirektno bolesti može pripisati. Tako psihijatrija postaje društvena mera sigurnosti i higijene celokupnog društvenog tela. Psihijatrija je kodirala ludilo na dva načina, kao bolest i kao opasnost, ali uprkos prvom kodiranju, ona nije prestajala da ukazuje na njen opasni karakter.

Upravljanje populacijama i pojedincima kroz moderne institucije može se objasniti kao posledica pojave koju Fuko opisuje kao „bio-moć” (Egan *et al.* 2006). Bio-moć je ključna u regulisanju specifičnih tehnika moći, koje uključuju procese samoregulacije i samodiscipline koji zajedno predstavljaju bio-politiku. Ono što čini bio-moć „moćnom” je upravo činjenica da se ona iznova konstruiše kroz interakcije i veze među individuama i grupama na medicinskoj sceni. Fuko je smatrao da je bio-politika imala ključnu ulogu u artikulaciji bio-moći. Moć bi se postepeno konstruisala i stvarala kroz interakcije i odnose između pojedinaca i grupa koji bi dolazili u kontakt jedni sa drugima tokom medicinskih delatnosti. Krajnji proizvod bio-politike i bio-moći bio je proizvodnja s jedne strane psihijatrijskih bolesnika, a s druge strane „idealtipskih modela lekara” (Egan *et al.* 2006).

Opis građe

Praksa na psihijatrijskom odeljenju za učenike srednjih medicinskih škola propisana je samo za učenike trećeg razreda smera medicinska sestra-tehničar. Praktična nastava podrazumeva dolazak grupe od devet do deset učenika/ca (broj učenika/ca u grupi zavisi od ukupnog broja ljudi koji čine jedno odeljenje) sa nastavnikom profesorom na psihijatrijsko odeljenje u fondu od trideset i pet časova tokom školske 2008/09. g. Uprava bolnice saraduje sa Medicinskom školom u Požarevcu tako što odobrava izvođenja prakse i kontinuirane obuke učenika/ca tokom srednjškolskog obrazovanja.

Psihijatrijsko odeljenje se sastoji od deset bolesničkih soba (pet muških i pet ženskih), odeljenske apoteke, sestriinske sobe, trpezarije, manje sobe za razonodu, sanitarija, omanje kuhinje, terase i nekoliko pomoćnih soba za odlaganje prljavog veša i sl. U samoj zgradi se nalaze tri odeljenja: odeljenje kožnih i veneričnih bolesti sa odeljenjem za produženu negu, psihijatrijsko odeljenje i infektivno odeljenje koje uglavnom nema više od petnaest bolesnika. Bitno je napomenuti da se psihijatrijsko odeljenje nalazi u novom, a ne glavnom – starom delu bolnice. Za pristup ovom delu bolnice postoji poseban ulaz koji se nalazi bočno postavljen u odnosu na centralni deo zgrade i postoji i poseban parking za vozila. Dakle, uočljivo je i fizičko odvajanje ovih bolesnika, jer ovaj novi deo bolnice predstavlja odvojenu i nezavisnu celinu čitavog bolničkog kompleksa.

Pripremu za dolazak na odeljenje čini okupljanje učenika u suterenu bolnice gde je smeštena svlačionica i kancelarija profesora u tačno određeno vreme. Nakon provere prisutnosti svih učenika, profesor vodi grupu na odeljenje iz suterena stepenicama do prvog sprata tzv. novog dela bolnice. Vrata odeljenja su zaključana i dolazak grupe se oglašava zvonom. Vrata i posle ulaska učenika ostaju zaključana i tako je čitavog dana i noći, i sestre imaju stalnu kontrolu nad time ko ulazi ili izlazi sa odeljenja. Nikome, izuzev medicinskom osoblju, nije dozvoljen ulazak na odeljenje ili bilo kakve posete. Profesor zatim vrši raspodelu učenika po sobama. Sa odeljenja se može izaći, van perioda pauze, samo po odobrenju profesora i glavne sestre odeljenja koja kod sebe drži ključeve, i nikako drugačije nije moguće napustiti odeljenje.

Profesor se smešta u odeljensku apoteku – nakon davanja kratkih mera upozorenja da se učenice čuvaju i budu obazrive, i povremeno obilazi učenice koje

se sve vreme nalaze u sobama sa bolesnicima ili u blizini njih, u zavisnosti od mobilnosti bolesnika. U zavisnosti od stanja bolesnika, neke od učenica pokušavaju da razgovaraju sa njima, dok ih preostale gledaju stojeći sa strane. U vreme doručka, oko 9h, pošto servirka odeljenja raznese hranu – nepokretnima u svojim sobama, pokretnima u zajedničkoj trpezariji, učenice pomažu u hranjenju nepokretnih. Ubrzo posle doručka, vizita koju čine doktor specijalista psihijatrije i najčešće dve medicinske sestre obilazi redom sobe određujući terapiju za taj dan. Doktor kratko porazgovara sa bolesnikom ukoliko stanje bolesti to dozvoljava, a sestre zapisuju terapiju. Posle vizite, medicinske sestre i tehničari dele terapiju i proveravaju da li su bolesnici popili lekove, a lekar specijalista odlazi u prostorije ambulante u prizemlju i više ne dolazi na odeljenje, ukoliko neki hitan slučaj to ne bi iziskivao. Vizita je jedini kratak period kada učenice mogu videti osoblje odeljenja u direktnom kontaktu sa bolesnicima, jer se kasnije sestre nalaze u sestriinskoj prostoriji na odeljenju, a doktori van odeljenja. Učenice tada mogu odlučiti šta žele da rade, što uglavnom na drugim odeljenjima u bolnici nije tako, jer je terapija u većini slučajeva prepuštena učenicima pod nadležnošću instruktora. Razlog tome je što terapijske mere na odeljenjima van psihijatrije (na internom, hirurškom, ginekološko-akušerskom, neurološkom odeljenju) ne uključuju samo davanje lekova oralnim putem (u vidu tableta, kapsula, dražea), već podrazumevaju i parenteralnu primenu medikamena (u smislu injekcija). Parenteralno davanje lekova se na psihijatrijskom odeljenju primenjuje gotovo isključivo u akutnim napadima bolesti.

Bolesnici na psihijatrijskom odeljenju još od ulaska učenica pokazuju živahnost, pažnja im se usmerava na nove osobe koje su došle kod njih i koje će provesti određeno vreme u kontaktu sa njima. Dok su neki bolesnici svesni dolaska učenica na odeljenje rado stupajući u interakciju sa njima, drugi ne primećuju dolazak novih lica. Većina bolesnika jasno razlikuje učenicu i medicinsku sestru i retko se dešava da ih međusobno mešaju.

Napominjem da se psihijatrijsko odeljenje razlikuje od ostalih odeljenja po zaključavanju ulaznih vrata odeljenja, po nepostojanju vrata na sobama i kvaka na prozorima, po osiromašenom inventaru, nemogućnosti da učenici na praksi ili ljudi koji dolaze u posete vide bolničku listu kao na ostalim odeljenjima, po prisustvu manje sobe za razonodu i velike

radionice za radnu terapiju u prizemlju koja slabo ili nikako ne funkcionise, kao i po terasi ograđenoj rešetkama. Po odeljenju se ne mogu naći nikakvi štampani ili telekomunikacioni mediji, u smislu novina, magazina, televizijskih ili radio prijemnika i sl., što je uobičajeno prisutno na ostalim odeljenjima u bolnici.

U cilju istraživanja, uradila sam intervju sa učenicama na praksi, koji su vođeni u periodu od 15. juna do 22. jula 2009. godine. Razgovarala sam sa sedam učenica koje su pohađale praktičnu nastavu školske 2008/09. godine na pomenutom odeljenju. Na pitanje kakvo su mišljenje o psihijatrijskom odeljenju imale, gotovo sve ispitanice su svojim tvrdnjama pokazale da su imale neke predrasude, uvrežene slike o tome kakvi su ljudi koji se tamo leče i uopšte kako izgleda psihijatrijsko oboljenje. Jedna ispitanica je navela: „iskreno, plašili su me takvi ljudi. Nisam želela kontakt sa njima.”. Učenice su pre samog odlaska na praksu pokazivale ambivalentna osećanja – bile su ujedno i uplašene i uzbuđene zbog posete odeljenju. Odgovori ispitanica su bili: „jeste, ja to razumem kao bolest, ali postojao je strah od njih, od tih bolesti”. Kao i: „Bila sam u istom trenutku i uzbuđena i uplašena. Bilo je to nešto novo i interesantno, a uplašena sam bila zbog toga što nisam znala kako će ti pacijenti da reaguju na nas”.

Ispitanice su različito reagovala na same bolesnike: neke su želele da kontaktiraju sa bolesnicima, dok druge nisu. Uglavnom su isticale da su imale drugačiji odnos prema bolesnicima sa ovog odeljenja, nego prema bolesnicima sa drugih odeljenja. Smatrale su da „psihička oboljenja imaju manju vrednost u odnosu na inetrnistička i hiruška”, jer su verovala da od njih „ne može tako lako da se umre kao što može da se desi pri nekoj operaciji”. Ispitanice su još navele da „oni nisu kao mi, ne u smislu što nisu normalni, već zato što su oni nekako posebna grupa ljudi, jednostavno su izdvojeni od nas”. To znači da učenice ne smatraju psihijatrijske bolesti „pravim” bolestima i zato ih posebno izdvajaju u odnosu na ostale, te ih ne smatraju bitnim i važnim segmentom opšteg procesa bolničkog lečenja i oporavka. Ispitanice su dalje navele da je korist od odeljenja za same bolesnike minorna, ali da je dobra strana njihove hospitalizacije to što „ne mogu nikog da ubiju, siluju i pokradu”. Tokom održavanja praktične nastave većina učenica je razvila etički odnos prema bolesnicima, tj. uprkos svojim strahovima i ličnom mišljenju da oni nisu isti kao drugi bolesnici

(„jedino to što moraš da čuvaš svoja leđa da ne nastradaš”), učenice ističu da su pokušavale da se ponašaju prema njima kao prema drugim bolesnicima.

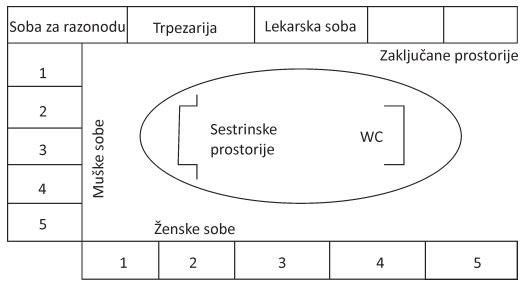
Učenice na praksi na psihijatrijskom odeljenju su pre samog odlaska na praktičnu nastavu dobile uputstva za ponašanje na tom odeljenju. Ta uputstva su ih savetovala da se čuvaju, da se ne šetaju po odeljenju ako ne moraju, a ako moraju da ne idu po sredini hodnika, već po strani, da ne privlače pažnju bukom, smehom, da ne nose nikakve papire ili knjige po odeljenju, ne protivreče onome što bolesnici kažu i ne uzimaju ih za ozbiljno. Međutim, stavovi učenica o tome koliko su korisna i svrsishodna ta uputstva su bili podeljeni. Ispitanice su navele sledeće: „opisali su nešto u kratkim crtama, ali sve je to bilo škrto” i „rekli su da uspostavimo normalan odnos sa njima, da se ponašamo kao na ostalim odeljenjima, ali to naravno nije bilo moguće” i da su dobile „posebna uputstva koja važe samo za psihijatriju”.

Što tiče konkretne promene u načinu mišljenja o bolesnicima psihijatrijskog odeljenja, kada sam pitala učenice kako se njihov stav o psihijatrijskim bolesnicima promenio, neke su rekle: „sada shvatam takve bolesnike i pažljivija sam prema njima; takve ljude posmatram kao pacijente, a ne kao neke budale i ludake”; „promena je u tome što sam sada shvatila da boravak na ovom odeljenju menja sliku te osobe prema drugima” i „imam više razumevanja za njihove postupke i lakše raspoznajem takve bolesnike kada ih sretnem na ulici”. A samo jedna ispitanica je navela da se njen stav nikako nije promenio: „nema tu neke promene. Nije mene to interesovalo, kao idemo na psihijatriju i to je to.”

Analiza

U ustanovi u kojoj sam vršila istraživanje bili su ispunjeni svi uslovi Fukoovog opisa potčinjavanja. Bolesnici su prostorno bili raspoređeni u jednake celine – sobe, i uvek su bili izloženi nadzoru, pošto ni na jednoj sobi nisu postojala vrata (slika 1). Odeljenje je koncipirano tako da je prostorno podsećalo na Panoptikon.

Centralni deo odeljenja činile su sestrinske prostorije, koje su ovde predstavljale stražarsku kulu Panoptikona. Pošto na sobama bolesnika nije bilo vrata, iz sestrinskih prostorija su se mogle nadgledati prostorije u kojima su boravili bolesnici, uključujući



Slika 1. Strukturna organizacija psihijatrijskog odeljenja požarevačke bolnice

Figure 1. Structural organization of the Požarevac hospital psychiatric ward: nurses' quarters and toilets are central, with 5 male (left) and 5 female rooms (bottom), and a recreation room, dining room, doctor's room and two locked rooms (top)

sobu za razonodu i trpezariju. Sestrinske prostorije su pravougaonog oblika i omeđene providnim staklom sa tri strane, što sestrama pruža mogućnost da jasno vide šta se dešava u hodnicima i sobama, a bolesnici zauzvrat ne mogu videti sestre. Sestrinske prostorije imaju dvojna vrata koja su postavljena jedna naspram drugih. Jedna vrata gledaju ka ženskim sobama, a druga su okrenuta ka trpezariji. Jedina prostorija koja je imala vrata je toalet, ali sestra je imala pregled toga ko u njega ulazi i izlazi. Ovakvom koncepcijom odeljenja, sestre su imale mogućnost nadziranja i kontrole nad bolesnicima u svim aktivnostima tokom dana i noći. Pored toga što su bolesnici bili svesni da su pod stalnim nadzorom i što se tako stvarao psihološki efekat na bolesnike, uticaj Panoptikona se u ovom slučaju proširivao na sve one koji su boravili u tom prostoru.

Poruku o potčinjavanju i totalnoj kontroli primali su i posetioci odeljenja, u ovom slučaju učenice na praksi. One su bile svedoci kontrole i poruke koje su primale uticale su na njihovo poimanje samog odeljenja („posebna uputstva koja važe za psihijatriju”). Ovakva arhitektonska zamisao samog odeljenja, kao i njegova prostorna orijentacija u čitavom bolničkom sklopu, uticali su na to da učenice i sam odlazak na ovo odeljenje posmatraju kao poseban u odnosu na odlazak na neko drugo odeljenje u bolnici. To se vidi i u ambivalentnosti osećanja koji su učenice pokazivale („bila sam u istom trenutku i uzbuđena i uplašena”). Uzimajući u obzir mesto na kome je odeljenje bilo smešteno (novi deo bolnice, poseban ulaz i park-

ing), kao i samu činjenicu da je to bilo psihijatrijsko odeljenje sa posebnim uputstvima za ponašanje na praksi, učenice su već pre posete odeljenju imale jasnu sliku o „posebnosti” ovog odeljenja. Tako je formiranje ideje o tome šta su psihički bolesnici bilo rezultat delovanje Fukoove bio-moći – upravljanja populacijom i pojedincima kroz moderne institucije. Od učenica su se očekivala određena pravila ponašanja prema psihijatrijskim bolesnicima (da im nikada ne okreću leđa, da nikada ne ostaju same sa njima, da ne pokazuju mobilne telefone pred njima, ne koriste olovke niti bilo kakve druge predmete i ni na koji način im ne privlače pažnju ukoliko oni sami to ne pokažu željom za razgovorom), o čemu svedoči i savet koji je dala profesorka da se učenici paze, čuvajući svoja leđa od mogućih opasnosti.

Fukoove teorije o potčinjavanju i ukalupljivanju vidljive su i kroz način organizacije života i vremena bolesnika. Bolesnici su bili raspoređeni u jednake celine prostora, vreme za radnu terapiju je bilo tačno određeno, obroci su bili u određeno vreme, sestre su uvek znale gde se koji bolesnik nalazi. Ovakvim rasporedom i organizacijom odeljenja, panoptički model predstavljao je instrument kroz koji su učenice preuzele profesionalni identitet koji im se nudio tokom nastavne prakse.

Pacijenati psihijatrijskog odeljenja bili su „odsečeni od ovog sveta” i smešteni na neko „egzotično ostrvo”, kao što navodi Kozler u svom opisu institucija tolanog tipa (Coser 1962, naved. u Long *et al.* 2008:71-72). Ovakvo tretiranje bolesnika jasno je vidljivo u požarevačkoj bolnici i učenice su psihijatrijsko odeljenje opisavale kao nepristupačnu i odvojenu celinu, što se poklapa sa analizom koju su ponudili Long, Hanter i Gist (*ibid*) o značaju izdvajanja psihijatrijskih odeljenja za izgradnju identiteta nastavnog osoblja i bolesnika. Na taj način, ispunjen je još jedan od uslova Fukoovog potčinjavanja i parcelisanja („nekako je izolovano, mislim, kad udeš tu kao da si stigla u odvojen svet”).

Psihijatrija nije oduvek smatrana medicinskom specijalnošću. Njen prvobitni značaj za zajednicu bio je zaštita društvenog tela od svih opasnosti koje bi sa sobom nosilo „ludilo” (Fuko 2002). Odgovori naših ispitanica pokazali su da su one psihijatrijsko odeljenje doživljavale upravo kao mesto gde su smešteni oni koji su bili potencijalno opasni za zajednicu. Učenice su navele da su se posebno plašile ljudi tj. bolesnika sa ovog odeljenja. Zato su učenice na ovom odeljenju primenjivale posebne mere opreza kako bi

„sačuvale svoja leđa” i prepoznavale su kao dobro to što su „ti ljudi negde smešteni, oni tako ne mogu da ubiju nekoga, siluju, pokradu” (up. analizu Link i Phelan 2001: 367-368).

Učenice su od samog početka nastavne prakse pokazivale drugačiji odnos prema bolesnicima sa psihijatrijskog odeljenja u odnosu na bolesnike sa drugih odeljenja, što se ogledalo ne samo u drugačijem shvatanju ovih bolesnika, već i u percepciji samog odeljenja na kome su se bolesnici nalazili. Njihovo shvatanje bolesnika kao osoba čije ponašanje izlazi izvan okvira društvenih očekivanja odgovara Gofmanovom opisu stige (Gofman 1961, naved. u Quirk *et al.* 2006: 110). Procesom stigmatizacije mentalnih bolesti, ovi bolesnici su doživljavani kao devijantni i marginalizovani deo društva. Stigmatizacija je započinjala procesom prepoznavanja i uočavanja razlika kod članova određene društvene grupe. Tako je jedna ispitanica navela: „mislim, oni nisu kao mi, ne u smislu što nisu normalni, već zato što su oni nekako posebna grupa ljudi, jednostavno su izdvojeni od nas”, a većina drugih učenica je navela da se psihijatrijske bolesti ne mogu sagledavati i lečiti isto kao neke druge bolesti koje nisu klasifikovane kao „psihijatrijske”. Jedna učenica je to objasnila time što „psihička oboljenja imaju manju vrednost u odnosu na inetrnistička i hiruška”. Zatim, ispitanice su bolesnike sa psihijatrije negativno atribuisale opisujući ih kao „budale i ludake” i istovremeno navodeći da su „oni odvojeni od nas”. Kao što je pokazao Gofman (*ibid*), odvajanjem „nas” od „njih”, bolesnici gube status „normalne” osobe i bivaju diskriminirani i izdvojeni u posebne, marginalizovane grupe („oni nisu kao mi, ne u smislu što nisu normalni, već zato što su oni nekako posebna grupa ljudi”).

Bolnica kao institucija je svojim delovanjem uticala na to kako će individue i grupe koje osećuju ovo odeljenje videti njene „stanovnike”. Učenice tu tokom prakse naučile da psihijatrijske bolesti posmatraju kao posebnu kategoriju bolesti preuzevši pri tome novi, profesionalni identitet. Uprkos mišljenju koje su učenice imale na početku praktične nastave, većina ispitanica je na kraju školske godine pokazala da je uvidela proces stigmatizacije koji se vrši nad bolesnicima psihijatrije („Promena je u tome što sam sada shvatila da boravak na ovom odeljenju menja sliku te osobe prema drugima”). Međutim, to nije sprečavalo učenice da pod dejstvom elemenata „skrivenog nastavnog programa” (Egan *et al.* 2006) i dalje vrše proces stigmatizacije. Tako je jedna učenica

navela da je zahvaljujući tome što je imala praksu na psihijatriji, njoj sada olakšano dalje prepoznavanje psihijatrijskih bolesnika i na ulici („sada lakše raspoznajem takve bolesnike kada ih sretnem na ulici”).

Egan, Džej i Parker (Egan *et al.* 2006) su ukazali na ambivalentnost edukativnog sistema medicine – onoga što se, kao nastavni program prakse predstavljalo studentima (učenicama), i onoga što bi oni stvarno kroz praksu naučili. No, profesionalni identitet koji se učenicama servirao pomoću pedagoških tehnika ispunjavao bi svoje dejstvo tek u tipu institucija koji su ovi autori nazvali „totalnim” (Egan *et al.* 2006: 150). Psihijatrijsko odeljenje Gradske bolnice Požarevac pripada ovoj vrsti institucija. Nju totalnom čini stalna kontrola ulaza i izlaza na odeljenje, nemogućnost da bilo ko stupi na odeljenje, zabrane poseta i nepostojanje dodira bolesnika sa informacija iz „spoljašnjeg sveta” putem elektronskih, telekomunikacionih ili štampanih medija. U takvim uslovima ambivalentnost edukativnog sistema slabo je ili nikako ostvarljiva, a rezultati delovanja Panoptikona Fukoove bio-moći gotovo potpuni.

Zaključak

U ovom radu želela sam da pokažem kako se kroz medicinsku praksu odvija proces konstruisanja mentalnih bolesti i kako se kroz institucionalizovano delovanje bolnice formira profesionalni identitet medicinskog osoblja. Konstruisanje identiteta medicinskog osoblja i bolesnika međusobno je zavisno i uspostavlja se kroz mrežu njihovih socijalnih odnosa.

Prostorna organizacija psihijatrijskog odeljenja i njegova pozicija u odnosu na celokupni bolnički sklop jedan je od elemenata koji su uticali na formiranje stava učenica da su psihijatrijski bolesnici opasni i drugačiji od drugih. Prostorna organizacija odeljenja uključivala je elemente izolovanosti („nekako je izolovano, mislim kad uđeš tu kao da si stigla u odvojen svet”), kao i upotrebu centralne medicinske sobe u funkciji Panoptikona. To pokazuje da je psihijatrijsko odeljenje požarevačke bolnice koncipirano po ugledu na „totalne institucije” (nemešanje učenica sa osobljem odeljenja *itd.*), što doprinosi kodiranju „ludila” kao posebne vrste socijalne opasnosti („ti ljudi su negde smešteni, oni tako ne mogu da ubiju nekoga, siluju,

pokradu"). Uočena je i stigmatizacija osoba smeštenih na psihijatrijsko odeljenje koji su percipirani kao drugačiji – ne samo u odnosu na „normalni” deo društvene zajednice, već i u odnosu na druge bolesnike („psihička oboljenja imaju manju vrednost u odnosu na internistička i hirurška”). U skladu sa Goffmanovom teorijom, stigmatizacija ovih bolesnika dovela je do depersonalizacije i gubljenja identiteta bolesnika, što inače predstavljala karakteristiku „totalnih institucija”.

Nastavna praksa je uticala na formiranje profesionalnog identiteta učenica koje su uvek dolazile na odeljenje sa predrasudama i idejom da je to mesto „opasno”. Iako su učenice uvidele da pripadnost neke osobe psihijatrijskom odeljenju izgrađuje stigmatizovanu sliku te osobe („boravak na ovom odeljenju menja sliku te osobe prema drugima.”), zaključila sam da je medicinskom praksom, zapravo, još više pojačano vršenje procesa stigmatizacije nad bolesnicima sa psihijatrije od strane učenica. Tako, iako nametanje određenih diskurzivnih identiteta kroz nastavnu praksu nije bilo potpuno, ono je, ipak, imalo snažno dejstvo i omogućilo delovanje Fukoove bio-moći i na prostor van odeljenja i bolnice (jedna učenica navodi: „lakše raspoznajem takve bolesnike kada ih sretnem na ulici”). Kako psihijatrijsko odeljenje Gradske bolnice Požarevac svrstavamo u institucije totalnog tipa, stigmatizacija koja u takvim vrstama institucija postoji, istovremeno je sa sobom nametala i konstruisanje određenog „medicinskog” identiteta učenica. Tako konstruisani identiteti uključivali su i znanje o tome kako treba „gledati” na mentalne bolesti, koje su kroz uticaj bio-moći stigmatizovane i označene kao opasne.

Literatura

Egan T., Jaye C., Parker S. 2006. Do as I say, not as I do: Medical education and Foucault's normalizing technologies of self. *Antropology & Medicine*, **13** (2): 141-155.

Carnevale F. A. 2007. Revisiting Goffman's Stigma: the social experience of families with

children requiring mechanical ventilation at home. *Journal of Child Health Care*, **11** (1): 7-18.

Fuko M. 1997. *Nadzirati i kažnjavati*. Novi Sad: Budućnost

Fuko M. 2002. *Nenormalni*. Novi Sad: Svetovi

Link G. B., Phelan J. C. 2001. Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, **27**: 363-385.

Long D., Hunter C. L., Van der Geest S. 2008. When the field is a ward or a clinic: Hospital ethnography. *Antropology & Medicine*, **15** (2): 71-78.

Quirk A., Lelliott P., Seale C. 2006. The Permeable Institution: An ethnographic study of three acute psychiatric wards in London. *Social science & Medicine*, **63** (8): 2105-2117.

Jovana Stević

Analysis of the Processes of Social Construction of Mental Illness at the Psychiatric Ward of the Požarevac City Hospital

This paper represents the analysis of the processes of social construction of mental illnesses at the Psychiatric Ward of the City Hospital in Požarevac. Based on interviews with a group of female students attending practical medical education, participant observation and analysis of the ward's spatial position, I described and analyzed various processes through which psychiatric patients became stigmatized as a separate group of people isolated from the rest of the community, while at the same time mental illnesses becomes constructed as dangerous. It is concluded that the Psychiatric Ward in Požarevac is a “total” type of institution and the processes of stigmatizing the patients are strengthened through medical practice.

