

Adam Miller

SZPITAL PSYCHIATRYCZNY JAKO INSTYTUCJA TOTALNA

**socjologiczne
studium przypadku**



SZPITAL PSYCHATRYCZNY

Justynie

Adam Miller

SZPITAL PSYCHIATRYCZNY JAKO INSTYTUCJA TOTALNA

socjologiczne
studium przypadku



Warszawa 2013

Recenzenci

Piotr Chmielewski
Witold Morawski

Redaktor prowadzący

Maria Szewczyk

Redakcja

Kaja Kojder-Demska

Redakcja techniczna

Zofia Kosińska

Korekta

Danuta Wojcieszak

Projekt okładki i stron tytułowych

Zbigniew Karaszewski

Ilustracja na okładce pochodzi ze zbiorów Narodowego Archiwum Cyfrowego

Skład i łamanie

Ryszard Obrębski

© Copyright by Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2013

© Copyright by Adam Miller, Warszawa 2013

Publikacja dofinansowana przez Instytut Socjologii Uniwersytetu Warszawskiego

ISBN 978-83-235-2758-9 (PDF)

Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego

00-497 Warszawa, ul. Nowy Świat 4

www.wuw.pl; e-mail: wuw@uw.edu.pl

Dział Handlowy WUW: tel. (48 22) 55 31 333; e-mail: dz.handlowy@uw.edu.pl

Księgarnia internetowa: www.wuw.pl/ksiegarnia

Wydanie 1.

SPIS TREŚCI

WPROWADZENIE	9
Temat i cele pracy	12
METODOLOGIA BADANIA	18
Podejście badawcze – studium przypadku	18
Sposoby zbierania danych	21
CHARAKTERYSTYKA INSTYTUCJI TOTALNYCH	31
Pojęcia podstawowe – instytucje a organizacje	31
Definicja instytucji totalnej i jej cechy charakterystyczne	38
Typy instytucji totalnych	40
Sposób organizacji funkcjonowania w instytucji totalnej	41
Członkowie instytucji totalnych	44
HISTORYCZNY ROZWÓJ SZPITALI PSYCHIATRYCZNYCH	50
Czasy starożytne	50
Średniowiecze	51
Oświecenie	53
Czasy rewolucji	57
XIX wiek	58
Stany Zjednoczone	62
XX wiek	68
Druga połowa XX wieku	74
Szpitale psychiatryczne obecnie, wyzwania na przyszłość	78
SZPITALA PSYCHIATRYCZNE W POLSCE	81
Historia	81

SZPITAL

INICJACJA	93
Pierwsze reakcje	93
Procedury przyjęcia (<i>admission procedures</i>)	97
Sala obserwacyjna	100
PACJENCI	104
Wprowadzenie	104
Hierarchia	105
Relacje w grupie pacjentów	109
Nowy	112
Pacjenci – zbiorowość czy społeczność?	118
PERSONEL	122
Informacje wstępne	122
Relacje pacjenci–personel lekarski	123
Relacje pacjenci–pielegniarki	125
Podsumowanie	128
PRZYWILEJE	130
Wprowadzenie	130
Przeniesienie pacjenta do innej sali	131
Przywilej posiadania własnych ubrań	134
Wolne wyjście	135
Przepustka	137
Przywileje a funkcjonowanie instytucji totalnej	141
WTÓRNE PRZYSTOSOWANIE (<i>SECONDARY ADJUSTMENT</i>)	145
Wprowadzenie	145
Krótkotrwałe opuszczanie terenu szpitala	148
Palenie w salach	152
Klucz do drzwi	152
Przedmioty prywatnego użytku	153
Podsumowanie	158
SZPITAL PSYCHIATRYCZNY A RACJONALNA KALKULACJA	162
Warunki racjonalnej kalkulacji w szpitalu psychiatrycznym	162

Rzeczywiste możliwości realizacji obranej strategii	165
Podsumowanie	168
SPOSOBY PENALIZACJI	169
Wprowadzenie	169
Pasy	171
Inne środki przymusu bezpośredniego	174
Odbieranie przywilejów	175
System nagród i kar – podsumowanie	176
SZPITALNY DZIEŃ	178
Poranne rytuały	178
Czas wolny	183
Odwiedziny	193
PODSUMOWANIE	195
ZAŁĄCZNIKI	199
Załącznik 1. Plany oddziałów	200
Załącznik 2. Regulamin oddziału szpitalnego	203
Załącznik 3. Wzór karty zastosowania unieruchomienia lub izolacji oraz zawiadomienia o zastosowaniu przymusu bezpośredniego	207
BIBLIOGRAFIA	210
AKTY PRAWNE	213

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* i n, 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, klasztory... 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 osławiania nieznanej 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, poczynawszy 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 Łaszczyński, 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 przezwyciężyć 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. Ciągłe 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 „Odnaleźć 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 nieznanej 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.

METODOLOGIA BADANIA

Podęjsie badawcze – studium przypadku

Do napisania pracy posłużył przede wszystkim materiał zgromadzony w trakcie badania, które można określić mianem studium przypadku (*case study*).

Badania metodą studium przypadku polegają na pogłębionej analizie ograniczonej liczby przypadków, najczęściej wyodrębnionych z szerszej zbiorowości badanej innymi, głównie ilościowymi metodami. Są niezwykle użyteczne, gdy pożądane jest zebranie informacji pozwalających na dokonanie pogłębionej analizy danego zagadnienia. Cechują się niską reprezentatywnością i zazwyczaj dokonywanie na ich podstawie uogólnień na całą populację jest niemożliwe, niemniej jednak dzięki swojemu w głównej mierze jakościowemu charakterowi dostarczają szeregu danych, które byłyby niemożliwe do wygenerowania w przypadku zastosowania innych metod. Mogą być uznawane za doskonałe narzędzie eksploracji problemu, dzięki któremu planowanie późniejszych działań badawczych będzie obciążone mniejszym ryzykiem braku ich trafności i adekwatności do celów badania.

Największym wyzwaniem dla badacza jest selekcja podmiotów do studium przypadku. Zdaniem Krzysztofa Koneckiego „przypadek wybrany do badań powinien dać się wyraźnie wyodrębnić jako pewien system, a obserwowane w ramach niego działania powinny przebiegać według wyraźnie dających się zrekonstruować wzorów. Wyraźne granice lub wzory zachowań są kluczowymi elementami pozwalającymi zrozumieć dany przypadek”¹.

¹ Krzysztof Konecki, *Studia z metodologii badań jakościowych. Teoria ugruntowana*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000, s. 126.

Polscy socjologowie wyróżniają trzy rodzaje badań typu studium przypadku:

- Istotne studium przypadku (*intrinsic case study*) – badanie prowadzi się, by lepiej zrozumieć dany przypadek. Został on wybrany nie dlatego, że reprezentuje inne podobne przypadki, ale dlatego, że ilustruje jakąś konkretną cechę lub problem. Przypadek ten jest interesujący sam w sobie ze względu na swoją wyjątkowość.

- Instrumentalne studium przypadku – szczególny przypadek jest przebadany i opisany, by umożliwić wgląd w pewien ważny problem lub teorię. Sam przypadek odgrywa tutaj rolę drugorzędną, pomocniczą, ułatwiając zrozumienie czegoś nadrzędnego i wychodzącego poza dany konkretny przypadek.

- Wielokrotne studia przypadków – badacze stosując kilka przypadków jednocześnie bądź razem w ramach jednego przedsięwzięcia badawczego chcą zbadać jakieś zjawisko, zbiorowość lub jakieś ogólne uwarunkowanie zjawisk. Jest to instrumentalne studium poszerzone do reprezentacji kilku przypadków².

Jak wskazuje Earl Babbie, badacze stosujący studium przypadku mogą poszukiwać jedynie idiograficznego zrozumienia konkretnego badanego przypadku. Z kolei w teorii ugruntowanej studia przypadków mogą stanowić podstawę do budowania ogólniejszych teorii nomotetycznych: „przedstawiciele teorii ugruntowanej poszukują możliwości wyjścia w teren bez koncepcji wstępnych, opisujących to, co zamierzają odkryć”³.

W niniejszej pracy przedmiotem studium przypadku były dwa oddziały otwarte dla osób ze schorzeniami psychicznymi w jednym z największych szpitali psychiatrycznych w kraju, oddziały, w których spędziłem łącznie jedenaście tygodni, cztery w maju oraz siedem w lipcu i sierpniu 2009 roku – dokładnie osiemdziesiąt dni. Badanie miało charakter instrumentalnego studium przypadku.

Najważniejsze pytanie, jakie z metodologicznego punktu widzenia warto sobie postawić, brzmi: czy dane uzyskane w trakcie pobytu na

² Tamże, s. 126–127.

³ Earl Babbie, *Badania społeczne w praktyce*, tłum. Witold Betkiewicz i in., Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006, s. 321.

dwóch oddziałach jednego szpitala mogą podlegać uogólnieniu i stanowić podstawę do generalizacji? Wydaje się, że mimo pewnych zastrzeżeń odpowiedź powinna być twierdząca. Istniejące w Polsce szpitale psychiatryczne funkcjonują na podstawie jednolitych, mających powszechny zakres obowiązywania przepisów, takich jak ustawy i rozporządzenia. Tym samym podstawowe założenia dotyczące sposobu organizacji tego typu instytucji są wspólne. Oczywiście nie można nie wspomnieć o często dużych różnicach między prawem pisanym (*law in books*) a prawem stosowanym w praktyce (*law in action*)⁴. Zgodnie z teorią, wedle której organizacje to ludzie plus reguły, nie można oczekiwać, by w każdym przypadku zachowania, czy to personelu, czy pacjentów, były tożsame, nawet mimo funkcjonowania tych grup w identycznym porządku instytucjonalnym. Nie zmienia to faktu, że bez wątplenia występują pewne zuniformizowane schematy, wzorce zachowań i sposoby postępowania. Akurat w przypadku instytucji totalnych, funkcjonujących na podstawie ściśle ustalonych przepisów i wewnętrznych regulaminów, poziom standaryzacji jest szczególnie wysoki. Większość więzień, szpitali czy koszar wojskowych jest zorganizowana podobnie. Każdy z wymienionych typów instytucji niezależnie od szerokości geograficznej w zasadzie ma pełnić te same funkcje, realizowane za pomocą identycznych środków, do których powinni się stosować wszyscy ich członkowie. Dlatego też na przykład wszystkie szpitale psychiatryczne traktuje się jako jeden z typów instytucji totalnej. Ewentualne różnice mogą wynikać na przykład z wewnętrznej struktury szpitala i specyfiki poszczególnych oddziałów (na przykład dla nieuleczalnie chorych, uzależnionych, oddziałów dla kobiet).

Pewne zastrzeżenie powinno dotyczyć zasięgu terytorialnego dokonywanych uogólnień. Nie powinna budzić wielu kontrowersji możliwość uogólniania większości poczynionych obserwacji, w szczególności tych, które odnoszą się do sformalizowanego wymiaru działania instytucji, na inne szpitale psychiatryczne funkcjonujące na obszarze Polski. Czy istnieje z kolei możliwość dokonywania porównań międzynarodowych i czy jest uzasadnione doszukiwanie się pewnych wspólnych mianowni-

⁴ Tomasz Stawecki, Piotr Winczorek, *Wstęp do prawoznawstwa*, C.H. BECK, Warszawa 2003, s. 7.