

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Katja Porenta

STIGMA DUŠEVNE BOLEZNI

Diplomsko delo

Ljubljana 2007

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Katja Porenta

Mentorica: asist. dr. Marjeta Mencin Čeplak

STIGMA DUŠEVNE BOLEZNI

Diplomsko delo

Ljubljana 2007

ZAHVALA

Za strokovno pomoč in nasvete pri pisanju diplomskega dela se zahvaljujem mentorici dr. Metki Mencin Čeplak.

Prisrčna hvala vsem, ki so mi kakorkoli pomagali pri nastajanju diplomskega dela.

Zahvaljujem pa se predvsem staršem za vsestransko podporo in vzpodbudo skozi študijska leta.

STIGMA DUŠEVNE BOLEZNI

Na področju duševnega zdravja prevladujeta dva nasprotujoča si modela. V psihiatriji še vedno prevladuje medicinski model, ki temelji na iskanju simptomov bolezni. Na drugi strani je psihosocialni model, ki govori bolj o duševni stiski kot o duševni bolezni in išče vzroke v okoliščinah, v katerih se je človek v danem trenutku znašel. Po odhodu iz psihiatrične ustanove uporabniku oziroma uporabnici ostanejo sledeče poškodbe: odvisnost od zdravil, dosmrtna stigmatiziranost, znižano samospoštovanje in zaupanje vase, uporabnik je prisiljen postati tak, kot ga hočejo drugi, zatiranje pristnega občutenja in izražanja, spremenjeni odnosi z družino, spremenjeni odnosi na delovnem mestu, spremenjeni odnosi s »prijatelji« in znanci, izguba ciljev v življenju. Z zdravljenjem v psihiatrični bolnišnici in psihiatrično diagnozo je tesno povezana stigma in kariera duševnega bolnika. Zato je zelo pomembno sodelovanje nevladnih organizacij na tem področju, katerih načelo temelji na potrebah uporabnikov, tako kot na primer v društvu Altra.

Ključne besede: stigma, duševna stiska, hospitalizacija, študija primera.

MENTAL ILLNESS STIGMA

There are two prevailing conflicting models in area of mental health. Still medical model prevails in psychiatry that is based upon search of symptoms of disease. There is psychosocial model, that refers mental distress as a mental illness and seeks causes in circumstances in which a person appeared. After leaving psychiatric institution the user is left with these injuries: addiction to drugs, lifelong stigmatization, lowered self-esteem and confidence, user is made to become such as others want to, repression of genuine perceiving and expressing, changed domestic relations, changed attitudes at workplace, changed relationships among »friends« and acquaintances, lost life goals. Stigma and career of mental patient are closely connected with treatment in psychiatric hospital and psychiatric diagnosis. That is why cooperation of nongovernmental organizations in this area is very important of which principles are based upon users's needs like so for instance in Altra association.

Key words: stigma, mental distress, hospitalization, case study.

KAZALO

1. UVOD	6
2. KAJ JE DUŠEVNA BOLEZEN?	7
2.1 ZGODOVINA NOROSTI IN NASTANEK NJENE TOTALNE USTANOVE	9
2.2 OBRAVNAVANJE DUŠEVNIH KRIZ V MEDICINSKEM IN PSIHOSOCIALNEM MODELU	14
3. PRODUKCIJA STIGME	19
3.1 PSIHIATRIČNA BOLNIŠNICA IN PRODUKCIJA STIGME	20
3.2 POSLEDICE HOSPITALIZACIJE V PSIHIATRIČNI BOLNIŠNICI	22
3.2.1 <i>Odvisnost od zdravil</i>	22
3.2.2 <i>Dosmrtna stigmatiziranost</i>	23
3.2.3 <i>Znižano samospoštovanje in zaupanje vase</i>	23
3.2.4 <i>Uporabnik je prisiljen postati tak, kot ga hočejo drugi</i>	24
3.2.5 <i>Zatiranje pristnega občutenja in izražanja</i>	24
3.2.6 <i>Spremenjeni odnosi z družino</i>	25
3.2.7 <i>Spremenjeni odnosi na delovnem mestu</i>	25
3.2.8 <i>Spremenjeni odnosi s »prijatelji« in znanci</i>	26
3.2.9 <i>Izguba ciljev v življenju</i>	27
3.2.10 <i>Vloga Centrov za socialno delo</i>	27
3.2.11 <i>Informiranost uporabnikov</i>	27
4. PRAVICE IN ŽELJE UPORABNIKOV IN UPORABNIC	28
PSIHIATRIČNE USTANOVE	28
4.1 ZAGOVORNIŠTVO IN OPOLNOMOČENJE	29
5. DEZINSTITUCIONALIZACIJA	33
5.1 PRIMERI DEZINSTITUCIONALIZACIJE	34
5.1.1 <i>Gorica</i>	34
5.1.2 <i>Tržaška izkušnja</i>	35
5.1.3 <i>Angleški zgled zapiranja bolnišnic</i>	36
6. NEVLADNE ORGANIZACIJE V SLOVENIJI NA PODROČJU	37
DUŠEVNEGA ZDRAVJA	37
7. ŠTUDIJA PRIMERA: ALTRA – ODBOR ZA NOVOSTI V	42
DUŠEVNEM ZDRAVJU	42
7.1 ZGODOVINA IN PREDSTAVITEV	42
7.2 CILJI ALTRE	44
7.3 OSNOVNI PROGRAM ALTRE	45
7.4 SVETOVALNICA ALTRA	45
7.5 STANOVANJSKE SKUPINE	46
7.6 ALTRINA DNEVNA SOBA – DROP IN CENTER	48
7.7 PROSTOVOLJNO DELO V DRUŠTVU ALTRA	49
7.8 ANALIZA IN PRIHODNOST ALTRE	50
8. ZAKLJUČEK	52
9. LITERATURA IN VIRI	54
9.1 LITERATURA	54
9.2 MEDMREŽJE IN OSTALI VIRI	56

1. UVOD

Že skozi zgodovino je bila norost različno obravnavana tako na področju znanosti, umetnosti, oblasti kot medicine.

V svoji diplomski nalogi bom skušala odgovoriti na vprašanja: Kaj je duševna bolezen? Kdo je duševni bolnik? Ali je res, da je duševna bolezen trajna in neozdravljiva? Kako poteka zdravljenje v psihiatrični bolnišnici? Ali je možno zdravljenje tudi izven psihiatrične bolnišnice? Kako živeti s stigmo duševne bolezni?

Osredotočila se bom na to, s kakšnimi problemi se soočajo in kako se spremeni vsakdanje življenje osebam z diagnozo duševne bolezni - predvsem se bom posvetila odnosom v družini, s svojci in prijatelji ter težavami pri iskanju stanovanja in zaposlitve.

Poleg tega bom skušala predstaviti stanje vprašanja duševnega zdravja danes v Sloveniji, ter kako se s tem soočamo oziroma soočajo vladne institucije, društva, posamezniki, prostovoljci, predvsem pa uporabniki oziroma uporabnice psihiatrije.

Moja osnovna hipoteza je, da sta psihiatrična diagnoza in zdravljenje v psihiatrični bolnišnici eden ključnih dejavnikov stigmatizacije. Stigmatizacija se izraža v odklonilnem odnosu do ljudi s psihiatrično diagnozo in nespoštovanju njihovih pravic.

V drugem delu diplomske naloge sem izbrala študijo primera društva Altre - Odbora za novosti v duševnem zdravju. Moj motiv za takšno izbiro je predvsem dejstvo, da je bilo to prvo ustanovljeno društvo v Sloveniji na področju duševnega zdravja. Prav tako pa so bili prvi v Sloveniji, ki so se zavzemali za ustanovitev zagovorništva, opolnomočenja in stanovanjskih skupin. Njihovo delo že ves čas temelji na tem, da je vse čim bolj skladno s potrebami, ki jih izražajo samo in edino uporabniki njihovih storitev. Danes vključujejo naslednje programe: Svetovalnica Altra, Stanovanjske skupine, Altrina dnevna soba – drop in, Delovna in socialna vključenost.

2. KAJ JE DUŠEVNA BOLEZEN?

WHO definira duševno zdravje kot: »stanje dobrega počutja, v katerem posameznik uresničuje svoje sposobnosti, se zmore spopadati z običajnimi napori življenja, zmore produktivno in uspešno delati ter prispevati k svoji skupnosti«.

Po WHO pa stanje duševne bolezni: »vključujejo duševne težave in bremena, oslABLJENO delovanje, ki se povezuje s stisko, simptome ter duševne motnje, ki jih je moč diagnostificirati kot so na primer shizofrenija in depresija« (www.sent.si.org/contentfiles/19-01-06/mental_gp_sl.pdf).

Za WHO je torej ključna predpostavka duševne bolezni njena diagnoza, medtem ko Levi Strauss (1996: 237–238) pravi, da: »zdravje individualnega duha vključuje sodelovanje pri družbenem življenju, prav kakor zavračanje družbenega življenja (a to zavračanje je možno le v modalnostih, ki jih nalaga družbeno življenje samo) ustreza nastopu duševnih motenj. Oblike duševnih motenj so značilne za vsako družbo in odstotek posameznikov, ki jih te motnje prizadevajo, so konstitutivne za posebno vrsto ravnotežja, specifične za vsako posamično družbo. Tako na primer v družbah, ki poznajo šamanstvo, obstajajo šamanistična vedenja kot normalna«.

Tudi Szasz »duševno bolezen« obravnava kot družbeno funkcionalno in sicer: »pomen pojma duševne bolezni je predvsem prikriti vsakdanje dejstvo, da je življenje večine ljudi nenehna borba, ne za biološki obstoj, temveč za mesto na soncu, duševni mir ali kako drugo vrednoto ali smisel. Ljudje potrebujejo odgovor na vprašanje, kako naj živijo. Ker ni na voljo pozitivnih odgovorov, se morajo zadovoljiti z negativnimi. Tako kot zapori so tudi duševne bolnišnice namenjene predvsem tistim zunaj. Za vlogo žrtve so njihovi uporabniki izredno prikladni, saj so družbeno povsem nemočni, njihove besede pa razvrednotene« (Szasz v Lamovec 1995: 27).

Podobno meni tudi Rovatti (2004: 9) »norost lahko opredelimo kot drugačnost in strah pred drugačnostjo. Nori človek je nekak prototip drugačnega človeka: kot so v preteklosti zapirali norega v posebne ustanove, da bi potrjevali lastno normalnost, tako se danes nadaljuje ločevanje in izrinjanje drugačnih, da lahko neka skupina utrdi lastno, gotovo identiteto«.

Ljudje, ki so preživeli psihiatrično izkušnjo, definirajo duševnega bolnika kot tistega, ki je stigmatiziran, patroniziran, psihiatriziran. Takšne osebe zaznajo izgubo nadzora ker jih

opazujejo vsi - psihiater, prijatelji, družina. Živijo s stalno grožnjo, da jih zaprejo - kadar koli, zaradi skoraj katerega koli razloga. Morajo jemati zdravila, ki jih poneumljajo, mrtvičijo njihove čute, povzročajo opotekanje in grimase, posledično pa morajo jemati še več zdravil, za zmanjšanje stranskih učinkov. Nosijo oznako, ki se je nikoli ne morejo znebiti in ki pove malo o tem kaj in kdo je ta oseba. Morajo se delati vesele, kadar so žalosti in mirne, kadar so besni« (Lamovec 1999: 103).

Vesna Švab (1996: 3–5) poskuša psihiatrično diagnozo povezati z obravnavanjem duševne bolezni v družbeni teoriji, predvsem z opozarjanjem na stigmatizacijo. Meni, da duševno bolezen spremljajo pomembne nezmožnosti na področju socialnega funkcioniranja - to je na področjih zadovoljevanja lastnih socialnih potreb in pričakovanj pomembnih drugih oseb:

1. notranje ali primarne nezmožnosti so posledica bolezni same, npr. motnje mišljenja, hitre menjave razpoloženja, halucinacije, psihomotorična upočasnjenost,...
2. sekundarne socialne nezmožnosti so spremenjeno vedenje, ki nastaja zaradi prilagajanja ali odziva na pričakovanja drugih, na socialne ovire in na stigmatizacijo, s katerimi se bolnik sooča. Sekundarne nezmožnosti nastajajo torej zaradi bolnikovega doživljanja bolezni. Velika psihotična motnja je moteče in zastrašujoče doživetje, katerega učinki lahko trajajo še dolgo potem, ko so simptomi izginili. Po preboleli bolezenski epizodi je za uspešno vrnitev v običajno življenje nujno, da razumemo bolnikove težave pri socialnem in delovnem funkcioniranju. Bolezen spremljajo številne socialne nezmožnosti, pa naj bolnik ostane v bolnišnici ali ne. Oblikujejo se osebne navade, ki otežujejo ustrezno socialno funkcioniranje. Vzorec teh nezmožnosti je edinstven za vsakega posameznika.
3. terciarne socialne odpovedi so: odgovor družbe na duševno bolezen. Sem spadajo stigmatizacija, siromašenje socialne mreže, revščina, nezaposlenost in pomanjkanje prostora v družbi. Takojšnji družbeni odgovori na duševno motnjo so namreč čustva strahu, jeze, odpora in potrebe po kontroli ter stigmatizaciji duševno bolnih, ki se kažejo v navidez racionalnih odgovorih administracije, strokovnjakov, medijev in politike.

Te opredelitve kažejo, da imajo obravnave fenomena, ki se ga najpogosteje poimenuje kot norost in duševna bolezen, le malo skupnih imenovalcev – eden od njih so opozorila glede učinkov stigmatizacije.

2.1 Zgodovina norosti in nastanek njene totalne ustanove

Duševne motnje so bile skozi zgodovino različno obravnavane in s tem tudi različno stigmatizirane, od ladij norcev do Tuka, ki je ustanovil azil, ki je bil predhodnik kasnejše psihiatrične bolnišnice, ostaja eden od primerov totalne ustanove in ki po mnenju kritikov celo proizvaja »duševno bolezen«. In kot pravi Foucault (1998: 250) »proizvodnja bolezni v bolnišnici ima dolgo zgodovino in je sestavni del razmerja med vednostjo in oblastjo«.

Od visokega srednjega veka do križarskih vojn so se leprozoriji množično širili po vsej Evropi, namenjeni pa so bili gobavcem. Ko pa je konec srednjega veka gobavost izginila, so gobavce v istih stavbah zamenjali reveži, potepuhi, hudodelci in »zmedenci«, skupna jim je bila družbena izključitev.

V renesansi so bili norci tisti, ki so tavalj naokoli in so jih mesta preganjala iz svojega ozemlja. V Nemčiji so z naročilom, da rešijo mesto pred norci, le-te izročili mornarjem. Pri tem je šlo verjetno za splošni pregon, s katerim so mestne oblasti dosegle, da norci niso več sodili v njihovo sodno oblast. Hkrati pa so imeli v tistem času v večini evropskih mest posebne ječe za norce. Norcev torej niso neizogibno preganjali, pač pa so preganjali samo tujce med njimi.

»Ob koncu srednjega veka so norost povezovali z »velikim brezumjem«, za katero pravzaprav nihče ni bil izrecno odgovoren, ki pa je vsakogar vpletalo v nekakšno skrito sokrivdo«. (Foucault 1998: 18–19). Tako je oseba norca postajala vse pomembnejša v farsah in burkah, norec se je kot nosilec resnice postavil v središče gledališča. Norost se kaže v različnih oblikah, predvsem likovnih in književnih, doživljanje norosti v literarnem in filozofskem izražanju je imelo obliko moralne satire. Tako se je začelo novo prizadevanje, ki si je s časoma prisvojilo tragično izkušnjo norosti ter jo preneslo v kritično zavest in sicer, kot »norost, ki izhaja iz romaneskne identifikacije (na primer Don Kihot), norost puhle domišljavosti (norec se identificira s samim seboj), norost pravične kazni (norost govori resnico) in norost brezupne strasti (ljubezen)« (Foucault 1998: 35).

Leta 1656 je bil ustanovljen prvi splošni špital v Parizu. Špitali so bili namenjeni pariškim revežem »ne glede na spol, kraj bivanja, starost, ne glede na njihov družbeni položaj in rod,

ne glede na to, kakšno je njihovo stanje, ali so zdravi ali onemogli, bolni ali okrevajoči, ali jih je mogoče ozdraviti ali ne« (Foucault 1998: 44). Za špitale in njihove »prebivalce« so skrbeli upravniki, kateri so bili imenovani doživljenjsko in so imeli vso moč avtoritete, vodenja, upravljanja, usmerjanja, policije, sojenja, popravljanja in kaznovanja. In čeprav so upravniki imenovali tudi zdravnika, ki je moral dvakrat tedensko obiskati vse ustanove Špitala, to ni bila medicinska ustanova temveč napol sodna struktura, ki je sama odločala, sodila in izvrševala. Tako je bil Špital instanca reda, zapiranja in obsodba brezdelnosti ter beračenja. Skupaj so bili zaprti: reveži, berači, brezumneži, brezdelneži, telesno ovirani, ostareli, hudodelci in norci. Ali kot pravi Foucault: »Med zaprtim v Špital in družbo se je vzpostavil implicitni sistem obveznosti: imel je pravico, da ga nahranijo, vendar je moral sprejeti fizično in moralno prisilo zapiranja« (Foucault 1998: 52). Zapiranje pa je imelo tudi dvojni pomen: cenena delovna sila v času polne zaposlenosti in visokih mezd, v obdobjih brezposelnosti pa so z odstranitvijo brezdelnežev varovali družbo pred nemiri in upori.

V vsakem mestu je bila raznolična populacija norcev. Kot pravi Foucault (1998: 67) »pri približno desetini vseh aretacij za Splošni špital v Parizu so prijeli »brezumneže«, »norce«, »duševno zmedene«, »umobolne« in »blazne«. Vseeno so imeli brezumneži posebno mesto v svetu zapiranja. Tako je bilo na primer v špitalu v Bedlamu vsako nedeljo razkazovanje blaznežev za ceno enega penija. V Parizu pa sta bila sprehod in ogled znamenitih brezumnežev, vse do revolucije eno glavnih razvedril meščanstva. S tem so norost povzdignili v spektakel in je v splošno veselje vseh postala javni škandal, norost je bila navzoča na odru sveta. Špitale je obsedla podoba živalskosti, azili so bili videti kot kletke in zverinjaki s ključavnicami, zapahi, železnimi palicami in verigami. Menili so, da živalskost, ki izbruhne v norost, človeku odvzame tisto, kar je v njem še lahko človeškega. Norost naj bi s svojo živalsko divjostjo človeka varovala pred bolezenskimi nevarnostmi, zagotavljala neranljivost - podobno tisti, ki jo imajo živali. Zapiranje je vsekakor poudarjalo živalsko norost, hkrati pa se je poskušalo izogniti škandalu ob nemoralnosti brezumja. Norost je bilo mogoče razumeti samo v zvezi z brezumjem in zgolj z njim.

V 17. in 18. stoletju se je norost prepoznavala skozi manijo in melanholijo ter skozi histerijo in hipohondrijo. Melanholija je bila povezana s simptomi ter vse do 17. stoletja ujeta v dve kvaliteti (mrzlo in suho ali toplo in vlažno). Willis je postavil manijo kot nasprotje melanholije. Menil je, da tako duh melanholika ves čas razmišlja, medtem pa njegova domišljija brezdelno počiva, domišljijo maničnega pacienta pa poganja nenehen tok burnih

misli. Vzrok manije in melanholije naj bi bilo vselej v gibanju živalskih hlapov, ki jih je kasneje zamenjala napetost v živcih, žilah in celotnem sistemu organskih vlaken. Pri maniji so bila vlakna napeta, medtem, ko so bila vlakna pri melanholiji ohlapna. Histerijo so pogosto povezovali z gibanjem maternice, pogosteje se je pojavila pri ženskah. Pri histeričnih bolnikih (ženske), je notranja občutljivost najostrejša, medtem, ko je pri hipohondrih (moški) ravno obratno in je sorazmerno otopela (Foucault 1998: 85–125).

V špitalih norosti niso zdravili, pač pa je šlo predvsem zato, da so jo ločili oziroma »popravili«. »Norčevo telo so razumeli kot vidno in trdno navzočnost njegove bolezni: od tod ta telesa zdravljenja, katerih pomen pa je v celoti izhajal iz moralnega dojetja in moralnega zdravljenja telesa. Tako je bila ena od metod zdravljenja, utrditev hlapov in živcev, za to so uporabljali jantarjevo olje, ožgano kožo ali železo (predvsem železne opilke). Drugo je bilo očiščenje. Tu so znani primeri popolnega očiščenja, kot je zdravljenje melanholije s transfuzijo krvi - kasneje so to nadomestili z ustvarjanjem poškodb ali ran kot središč okužbe, ki čistijo organizem, hkrati pa so središča izpraznitve v zunanji svet. Glavna naloga očiščenja je bila uničiti vsa vretja, ki so nastajala v telesu in so povzročala norost. Za dosego tega so uporabljali predvsem grenke snovi, na primer kavo ali kinin, milo in milnate izdelke (znano je na primer »milnato sadje«), ko pa tudi milo ni pomagalo, so uporabili vinski kamen ali pa kis. Običajna metoda je bilo tudi potapljanje. Znane so na primer kopeli, mrzli obkladki, potapljanje v vodi (pri tem je bilo pomembno, da so bolnika potopili nenadoma in nepričakovano). Vodna kura je od konca 17. stoletja postala ena izmed glavnih metod »zdravljenja« norosti. Pogosta metoda je bilo tudi uravnavanje gibanja, kajti norost je povzročila zamašitev telesa in zadušitev duše, zastajanje hlapov in omrtvitev vlaken. Zato so priporočali razne oblike hoje in teka, ki so imele zdravilne učinke (na primer pri melanholiji in hipohondriji so tako priporočali zlasti jahanje, znana pa je tudi medicinska uporaba potovanja po morju) (Foucault 1998: 125–142).

V 18. stoletju je norec postal družbena osebnost in prvič se je zgodilo, da se je kdo z njimi pogovarjal in mu postavil kakšno vprašanje. Kot reakcija na zapiranje sta izbruhnili strah in tesnoba, ti posledici sta se izražali v medicinskih izrazih, navdahnjenih od moralnega mita. Tako naj bi se iz zapornih ustanov in špitalov po zraku širila skrivnostna bolezen, ki naj bi že kmalu ogrozila mesta.

V drugi polovici 18. stoletja je strah pred norostjo naraščal hkrati z grozo pred brezumjem. Obe obliki sta se opirali druga na drugo in se nenehno krepili. Tako so povezovali norost in

svobodo. Montesquieu je primerjal rimski in angleški samomor. Rimski samomor je označil kot obliko moralnega in političnega vedenja in želeni učinek preišljene vzgoje, angleškega je razumel kot bolezen, norost v Angliji pa kot ceno za svobodo in bogastvo, ki ga uživajo vsi. Povezovali so tudi norost in vero, verska prepričanja so povezovali z imaginarno podobo sveta, iluzornim okoljem. Znani so primeri žensk, ki so zaradi strahu pred kaznimi, s katerimi grozi vera, podlegle maniji in melanholiji. Poleg tega so menili, da na splošno civilizacija ustvarja primerno okolje za razvoj norosti. Napredek znanosti naj bi spodbudil manijo do poučevanja, tako naj bi kabinetno življenje in abstraktno razmišljanje imelo pogubne posledice.

V tem obdobju torej »norosti niso več povezovali z navzočnostjo živalskosti, temveč so jo umeščali v tisto oddaljenost, s katero se človek oddalji od sebe samega, od svojega sveta in od vsega kar mu ponuja neposrednost narave« (Foucault 1998: 182).

Pojavile so se prve zahteve po ločitvi norcev od prestopnikov. Tako so že v 18. stoletju opazili da obstajajo »ljudje, katerih motnje so drugačne narave in katerih nemira ni mogoče pomiriti« (Foucault 1998: 187). Norost je postajala mora zaprtih in igrala vlogo dodatnega kaznovanja in mučenja: tako je postala celo ena od kazni za berače v zaporu (strpali so jih med norce). Navzočnost norca v zaporu je pomenila simbol nepravčnosti, vendar za druge zapornike. Mirabeau je menil, da norci »niso dovolj razumni, da jih ne bi zaprli, niti dovolj pridni, da jih ne bi obravnavali kot malopridneže, zato pa je še kako res, da je treba tiste, ki so izgubili razum skriti pred družbo« (Foucault 1998: 190).

V času ekonomskih kriz je naraslo število brezposelnih, počasi se je uveljavljala percepcija, da je revščina produkt kapitalističnega sveta, ne pa človeške grešnosti in lenobe. Zato revežev niso več zapirali v ječe.

Zakonodajalci so se spopadali z vprašanjem v kateri družbeni prostor naj umestijo norost - v ječo, špital ali v domačo oskrbo. Prvo vprašanje je bilo, kar najbolj omejiti prakso zapiranja, vendar pri tem ne drezati v načelo zapiranja in enega njegovih glavnih namenov - zapiranja norcev. Drugo vprašanje je bilo povezano z objavo Deklaracije o človekovih pravicah - ker norci ponižujejo tiste, s katerimi so nepremišljeno pomešani, jim je treba nameniti poseben zapor (ki pa naj ne bi bil medicinski, temveč bi moral imeti obliko najbolj učinkovite in blage pomoči). V tretjem vprašanju je Deklaracija o človekovih pravicah dobila konkretno podobo -

norce je treba obravnavati na prav poseben način pri tem je bila prva težava, da ni bilo špitalov, ki bi bili namenjeni norcem ali prihranjeni zgolj zanje.

V 19. stoletju je Tuke ustanovil zavetišče in s tem »osvobodil norce«. Zavetišče pa je delovalo kot orodje moralnega in verskega ločevanja. »Tako norec, ni več kriv, da je nor, pač pa se mora norec kot norec, v tej bolezni, za katero ni nič kriv, čutiti moralno odgovornega za vse, kar v njem lahko vznemiri moralno in družbo, in mora čutiti, da je zgolj on sam in nihče drug odgovoren za kazen, ki ga zadane« (Foucault 1998: 208). Z osvoboditvijo norcev, z odpravo prisile, z oblikovanjem človeka vrednega okolja je Tuke ustanovil azil, kjer je svobodno grozo norosti zamenjal z zadušljivo tesnobo odgovornosti. V zavetišču so tako prakticirali »moralno zdravljenje«, kjer je bilo na prvem mestu delo, ki pa ni imelo nobene produktivne vrednosti ampak čisto moralno pravilo – omejitev svobode, podreditev redu, prevzem odgovornosti, potrebo po spoštovanju. S tem je norost zaprta v sistem nagrad in kazni, znanost o duševni bolezni v azilih pa je povezana z opazovanjem in razvrščanjem, nadzorovanjem in sodbo ter avtoriteto ali »norost je otroštvo« (Foucault 1998: 213).

Istočasno pa je tudi Philipp Pinel izoblikoval azil, ki je bil dopolnilo Tukovemu zavetišču, njegove značilnosti pa so še danes temelj psihiatričnih bolnišnic. Po Pinelu je azil versko področje brez vere, področje čiste morale, etičnega poenotenja, azil zastopa kontinuiteto družbene morale, v azilu vladajo družinske in delovne vrednote. S tem je azil postal orodje moralnega poenotenja in družbenega obsojanja oziroma poenoteno območje zakonskih predpisov, prostor moralnih sintez, kjer so izginevale norosti, ki se porajajo na zunanjih robovih družbe (Foucault 1998: 216).

Tuke in Pinel sta si podobna v tem, da sta utemeljila odnos med zdravnikom in pacientom, pa tudi novo razmerje med norostjo in medicinsko mislijo, s čimer duševna bolezen sploh postane možna, zdravnik pa je postal najpomembnejša osebnost v azilu.

S tem, ko sta medicina oziroma psihiatrija prevzeli nadzor nad norostjo je bila le-ta dokončno ločena od ostalih oblik deviantnosti, hkrati se je norost tudi dokončno utrdila kot duševna bolezen. Večina psihiatričnih bolnišnic je nastala kot posledica industrializacije, le-te so namreč onemogočale skrb in varstvo ljudi s »posebnimi« potrebami. Razcvet so te ustanove doživele po drugi svetovni vojni, z naselitvijo teh skupin v razne odmaknjene gradove in druge zapuščene stavbe - kot jih poznamo še danes.

2.2 Obravnavanje duševnih kriz v medicinskem in psihosocialnem modelu

Težave z duševnim zdravjem danes obravnavata dva različna modela - medicinski in psihosocialni.

Medicinski model označuje duševno krizo kot bolezen, postavlja »diagnozo«, »pacient« odide na okrevanje v psihiatrično bolnišnico na zdravljenje z zdravili. V primeru, da je zdravljenje neuspešno oziroma je »pacient« večkrat hospitaliziran, sledi invalidska upokojitev pacienta.

Za medicinski model je tako značilno, da psihiater išče simptome bolezni ob nastopu duševne krize in postavi diagnozo, ki pa je le sodba, prepričanje,... Psihatrija temelji na opazovanju od zunaj, psihiatrizacija je enostranska, psihične pojave in človeka opazujejo izolirano, »zdravo« je tisto, kar je tipično za večino ljudi, povratek v življenje, ki so ga živeli pred diagnozo duševne krize je otežen, hospitalizacija je pogosto prisilna, glede končnega cilja menijo, da dokončna ozdravitev ni možna in zato težijo k nenehnemu zdravljenju, da se hujša kriza ne pojavi ponovno.

Vesna Švab (2006: 69–73) na primer obravnava shizofrenijo (ena najpogosteje diagnostificiranih psihotičnih motenj) kot bolezen, ki je podobna drugim kroničnim boleznim, dokončna, torej (še) ne popolnoma ozdravljiva. Za zdravljenje shizofrenije je usposobljen samo zdravnik psihiater.

Z vidika medicinskega modela je v odnosu pacient - strokovni delavec, pacient pogosto v pasivnem položaju. Strokovni delavec namreč opiše pacienta tako, kot ga vidi in ne tako, kot se opiše pacient sam saj je pacient običajno stigmatiziran kot nesposoben za odločanje o lastnem življenju. V medicinskem modelu tudi ni prostora za pacientove želje in možnosti izbire, zato večina uporabnikov niti ne ve, da ima pravico do vpogleda v dokumentacijo, prav tako uporabnik tudi ne more nadzorovati priprave dokumentacije. Pogosto strokovni delavci s tujkami in strokovnimi izrazi uporabnike razvrednotijo, prav tako pa tudi pogosto uporabljajo prikrivajoče besede, kot na primer: »neurejena oseba«, agresivna, socialno nezrela oseba, depresivno obnašanje, »avšasto vedenje« in podobno (glej Zaviršek 2002: 214).

S sprejemom (prostovoljnim ali neprostovoljnim) v bolnišnico bolnika odtegnemo od domačega okolja, družine, prijateljev, sodelavcev, kar za bolnika predstavlja velik stres oziroma šok. S hospitalizacijo v psihiatrično bolnišnico se začne »kariera duševnega

bolnika«, kar vključuje tudi identiteto duševnega bolnika, to pa pomeni, da takšna oseba ne odloča več o svojem življenju oziroma je popolnoma nemočna in odvisna od drugih. Brez hospitalizacije je duševna bolezen le hipoteza, domneva, izgovor ali opravičilo (glej Zaviršek 2002: 215).

Psihosocialni model je nastal kot kritika medicinskega modela. Pri tem modelu je pomemben človek, zavzemajo se za zmanjševanje posledic stigme, ki je eden poglavitnih ciljev. Psihiatrična diagnoza namreč človeka trajno zaznamuje in mu onemogoči vrnitev med »zdrave« - tudi če je povsem zdrav. Njihovo načelo je od »duševnega bolnika k človeku«.

Poleg tega psihosocialni model govori o krizi in ne o »duševni bolezni«, ker znanstveniki še niso našli biološke podlage, ki bi dokazovala, da so krize res rezultat bolezni, krizo samo pa je neustrezno imenovati bolezen. »Duševna bolezen« je v spoznavno teoretskem smislu zaenkrat le domneva in domneva o bolezni škodi osebam, ki so tako označene in jih tako vodi v življenjsko stigmatizacijo. Izraz »kriza« je primernejši zato, ker pomeni začasno nezmožnost posameznika, da bi opravljal svoje naloge oziroma skrbel zase. Na podlagi sedanje klasifikacije »duševnih bolezni«, ki so sestavljene iz nebistvenih, zunanjih znamenj ne moremo predvideti niti poteka niti izida krize in so za vse praktične namene neuporabne, koristne so le za ožigovanje njihovih nosilcev. Psihosocialni prijem ne uporablja medicinskih diagnoz, temveč kontekstualizirane opise problemov in stisk. Jezik psihiatričnih opisov je poniževalen in v človeškem smislu razvrednoti in razosebi uporabnike, posameznik ni več obravnavan kot človek z določenimi težavami, temveč le še kot privesek svoje diagnoze (Lamovec 1998: 15–16).

To dokazuje tudi Rosenhanov ekperiment, ki je bil izveden v 70-ih letih prejšnjega stoletja, ko je bila bolnišnična psihiatrija v ZDA kritizirana, da prehitro in nezanesljivo diagnostificira hude oblike duševnih motenj. Rosenhan si je zastavil vprašanje: »Ali se zdravo loči od bolnega? ter ali so pozornost zbujajoče značilnosti, ki vodijo do diagnoze, prisotne v samih pacientih, ali v okolju in kontekstih v katerih jih najdejo opazovalci?« (Rosenhan 1991: 115).

Leta 1973 je izvedel eksperiment, s katerim je dokazoval, kako vprašljive so kategorije normalno-nenormalno, zdravo-bolno.

Ljudi, ki niso imeli simptomov resnih psihiatričnih motenj (pseudopacientov) so sprejeli v psihiatrično bolnišnico. Zanimalo jih je, ali bo psihiatrom uspelo odkriti, da so zdravi in če, kako jim bo uspelo (Rosenhan 1991: 116).

Osem sodelavcev eksperimenta, tri ženske in pet moških, med katerimi je bil tudi Rosenhan (trije psihologi, študent psihologije, pediater, psihiater, slikar in gospodinja), je bilo pod pretvezo sprejetih v psihiatrično bolnišnico. Sprejeti so bili v različne bolnišnice, med katerimi je bila samo ena zasebna, druge so sredstva prejemale iz državnih in regionalnih skladov in v enem primeru iz univerzitetnih skladov. Pseudopacienti so najprej telefonirali v bolnišnico, ob sprejemu v bolnišnico so vsi prišli v sprejemne ambulante in povedali, da slišijo glasove, ki zvenijo nejasno, govorijo »v prazno«, »jalovo«, »votlo« in so istega spola kot pseudopacienti. V bolnišnico so bili sprejeti z diagnozo shizofrenije. Podatkov iz svoje biografije in družinske anamneze niso spreminjali, razen simptomov, imen, poklicev in podatkov o zaposlitvi niso spreminjali. Pseudopacienti so pomembne življenjske dogodke iz življenjske zgodovine torej navajali tako, kot so se dejansko zgodili.

Takoj po sprejemu na psihiatrični oddelek so vsi pseudopacienti prenehali s simuliranjem vseh simptomov »abnormalnosti«. V nekaterih primerih je bilo sicer zaslediti lažjo obliko nervoze in tesnobe, vendar predvsem zato, ker nihče od »pacientov« ni pričakoval, da bo tako zlahka sprejet, poleg tega pa jih je bilo strah, da bodo zelo hitro odkriti kot goljufi. Obnašali so se »normalno« oziroma tako, kot so se obnašali v svojem življenju, s pacienti in osebjem so se pogovarjali tako kot bi se običajno. »Pacienti« so preživljali dneve v bolnišnici tako, da so druge paciente skušali vplesti v pogovor in ko so bili s strani osebja vprašani o počutju, so odgovarjali, da se počutijo v redu in da simptomov ne doživljajo več, poleg tega so pisali svoje zapiske - sprva na skrivaj, ko pa so ugotovili, da ni nikomur mar za to, kar v javnem prostoru.

Kljub vsemu pseudopacientov v psihiatričnih bolnišnicah osebje ni odkrilo. Vsi so bili izpuščeni z diagnozo shizofrenija »v remisiji«, le eden, ki se je zdravil v zasebni bolnišnici, je dobil diagnozo manično-depresivne psihoze. Dolžina hospitalizacije se je gibala med sedem in dvainpetdeset dni, v povprečju pa devetnajst dni. Zanimivo je, da so pogosto »zdravje« pseudopacientov odkrili pacienti približno tretjina vseh pacientov je izrazila sum, nekateri pa so odločno povedali, da pseudopacienti »niso nori«, ter da so novinarji ali profesorji, ki le preverjajo bolnico.

Na osnovi dejstva, da osebje ni prepoznalo psevdopacientov, je Rosenhan sklepal, da so zdravniki nagnjeni k temu, da pogosteje označijo zdravega posameznika za bolnega (napaka tipa 2), kot pa bolnega za zdravega (napaka tipa 1). Zato je Rosenhan želel ugotoviti, ali se lahko tendenca diagnostificiranja zdravega za nezdravega obrne.

Tako je organiziral naslednji poskus, pri katerem je osebje psihiatrične bolnišnice slišalo za rezultate prvega poskusa in dvomilo, da bi se kaj takega lahko zgodilo v njihovi bolnišnici. Osebje je bilo obveščeno, da bo v naslednjih treh mesecih več psevdopacientov zaprosilo za hospitalitacijo v njihovi bolnišnici. Tako je vsak član osebja (bolničarji, sestre, psihiatri, zdravniki in psihologi) na sprejemnem oddelku novo sprejete paciente ocenil na deset stopenjski lestvici verjetnosti, da je psevdopacient.

Rezultati po trimesečnem obdobju so bili: 193 bolnikov je bilo diagnosticiranih kot psevdopacienti, od tega jih je bilo 41 tako ocenjenih s strani vsaj enega člana osebja; 23 pacientov je ocenil za sumljive najmanj en psihiater; medtem ko sta en psihiater in en član osebja kot sumljive ocenila 19 pacientov. Dejansko pa se v tem času v tej psihiatrični kliniki ni prikazal niti en psevdopacient. Poskus torej kaže na to, da se tendenca označevanja lahko obrne. Rosenhan je sklepal, da si je osebje prizadevalo, da ne bi storilo napake kot v prvem poskusu in so zato raje označevali bolne za zdrave in s tem storili drugo napako.

Rezultati dokazujejo, kako pomembno vlogo imajo v psihiatričnem ocenjevanju predpostavke osebja, hkrati pa kažejo, da potem, ko je nekdo označen za psihotičnega, praktično ne more storiti ničesar, da bi se odtrgal od te etikete. Etiketa oziroma stigma pa globoko obarva percepcijo drugih (Rosenhan 1991: 121).

Naslednja predpostavka psihosocialnega modela je, da so vzrok duševne krize okoliščine (pretekle in sedanje) v katerih se je oseba znašla. Pomemben je človek in njegov način življenja oziroma to, da ne najde v družbi mesta zase, »nezdravo« je rezultat nezdravih razmer oziroma okoliščin. Psihične pojave in človeka opazujejo v širšem kontekstu, ki vključuje tisto okolje, ki pomembno vpliva nanj. Pomembna je večstranskost obravnave, ni prisilne hospitalizacije, omogočen je povratek nazaj v življenje, ki so ga živeli pred diagnozo duševne krize. Končni cilj je opolnomočenje.

To potrjuje zapis strokovne delavke Društva Vezi Katarine Tomažič: »Za nas je uporabnik ekspert, strokovni delavec pa je le njegov sodelavec, ki mu pomaga na poti do zanj ugodnih in

sprejemljivih rešitev problema. Slednje pomeni, da s človekom ustvarjamo prostor za pogovor in sodelovanje ter iščemo nove možnosti, ki izhajajo in temeljijo na virih moči, posameznikovi socialni mreži, kakor tudi na njegovem osebnem stanju, počutju in pogledih. Upoštevajoč vse to skušamo odkriti ter oblikovati cilje, ki lahko človeku pomagajo usmeriti pogled v sedanost za prihodnost in sprejeti preteklost kot izkušnjo in ne kot edino možnost« (Kapelj in Smonker 2005: 5).

3. PRODUKCIJA STIGME

Po Goffmanu »stigma označuje takšno posameznikovo lastnost, ki ga loči od večine v skupnosti tako, da ima večina in tudi on sam to lastnost za odklonilno, deviantno« (Goffman v Ule 2000: 186).

Zavirškova (2002: 12) meni, da je: »redko katero področje človeškega življenja tako polno tabujev, stigme, nerazumevanja kot so psihosocialne stiske ljudi in posledično njihove izkušnje psihiatričnih hospitalizacij. Iz pričevanja ljudi spoznamo, da duševne stiske in psihiatrične diagnoze njim in svojem prilepijo negativne identitete kot so »človek je nevaren sebi in drugim«, »z družino je nekaj narobe«, »psihiatrični bolnik je reven, revščina pa je nekaj negativnega«, »človek s psihosocialnimi stiskami je slab delavec in je invalid«, »ženska s psihiatrično diagnozo ne more biti dobra mati«, »psihosocialne stiske so biološko dejstvo in podedovane«.

»Osebna identiteta človeka razločuje od drugih. Dokumenti te identitete otežujejo skrivanje, omejujejo načine, na katere se posameznik lahko predstavi. Posameznik ima lahko samo eno biografijo, ne glede na različne vloge, ki jih je/bo zavzel« (Goffman 1968: 51).

Stigma je odvisna od socialnega konteksta in je posledica socialne primerjave. Določa jo dominantna skupina, ki odloča o tem, kaj je zaželeno in kaj ni. Stopnja stigmatizacije je odvisna od tega, kako nezaželena je razlika v določeni družbeni skupini.

Veliko vlogo v procesu stigmatizacije imajo moč, družbeni vpliv in socialna kontrola. Premik iz enega socialnega ali kulturnega konteksta v drugega lahko spremeni tako definicije kot tudi posledice stigme (Coleman v Ule 1999: 198–202).

Mobilnosti navzdol je pogosto posledica stigme. Stigma potisne posameznika v položaj nedoraslega subjekta, ki mu nekaj manjka do priznanja normalne človeškosti. Stigma pri takšnem posamezniku zavzame centralni položaj, kar pomeni, da so vse ostale lastnosti takšnega posameznika nepomembne. Strategije, ki jih razvije stigmatizirani, da bi pred napadi obranil svojo identiteto, so prikrivanje stigme, sprejem stigme oziroma »negativne samopodobe«, refleksija stigme (Goffman v Ule 2000: 186–187).

B. S. se takole spoprijema s stigmo, povezano s psihiatrično diagnozo »Če srečam koga, ki ni bil v bolnišnici, mu ne omenim, da sem imel opraviti s psihiatrijo, in prosim Boga, da mu ne

bo kdo drug tega omenil, tedaj ali pozneje. Kajti stališče ljudi, vsaj nekaterih je pač... Takoj vidite, da jim je nerodno in ne vedo, kaj bi rekli... Mislijo, da je to nekaj strašnega, to je tabu, o tem se ne sme govoriti« (Lamovec 1998: 51).

3.1 Psihiatrična bolnišnica in produkcija stigme

Že leta 1961 je Goffman napisal knjigo Azili prvo celostno sociološko študijo o delovanju totalne ustanove. Študija je temeljila na opazovanju z udeležbo v večji duševni bolnišnici njegova analiza se osredotoča na stališča varovancev te bolnišnice. Goffmanova analiza se ukvarja z vprašanjem, kako totalna ustanova kot družbena ureditev učinkuje na organizacijo identitete posameznika, ki vanjo vstopa.

Goffman opredeli psihiatrično bolnišnico kot: »tisto ustanovo, ki zajema tako rekoč vse vidike posameznikovega življenjskega kroga oziroma, kjer vsi vidiki življenja potekajo na istem kraju in pod isto oblastjo, kjer vsaka faza dnevne aktivnosti poteka vpričo velikega števila drugih ljudi, ki so enako obravnavani in od katerih zahtevajo, da skupaj delajo isto stvar; za vse dejavnosti obstaja urnik, ki ga od zgoraj vsiljuje telo uradnikov s sistemom eksplicitnih formalnih pravil; kjer razne vsiljene dejavnosti sestavljajo enotni racionalni načrti z namenom, da je zadovoljeno uradnim ciljem ustanove« (Goffman v Flaker 1998: 18–20).

Goffman je naštel šest značilnosti duševne bolnišnice:

1. so zaprte, kar onemogoča socialne interakcije;
2. operirajo z avtoriteto, ki difuzno pokriva celotno ustanovo in je različna od civilnih avtoritet;
3. varovanci živijo na eni lokaciji in preživijo ves dan in noč znotraj zapore;
4. so namenske, kar pomeni, da imajo svoje racionalne cilje in jih morajo vsaj na deklarativni ravni izpolnjevati;
5. imajo t.i. impozicijsko kulturo, se pravi, da varovanci stopijo v ustanovo z že formiranimi kulturnimi vzorci, na katere je treba natakniti institucionalne;
6. ustvarjajo obratno vizijo sveta, ideologijo, ki umešča varovance zunaj sveta (Goffman v Flaker 1998: 20–21).

»V bolnišnici za duševne bolezni okolje in hišni red trdovratno pritiskata na pacienta, da je navsezadnje duševni bolnik, ki trpi nekakšen družbeni zlom navzven, ker je padel na celi črti,

njegova družbena teža je majhna, saj je le s težavo zmožen delovati kot celovita osebnost« (Haralambos in Holborn 1999: 417).

Vstop v psihiatrično bolnišnico je povezan z nizom degradacij in poniževanj, s tem se identiteta sistematično, čeprav čisto namenoma mortificira, pride do razlastitve vlog, na koncu to vodi v civilno smrt. Poleg razlastitve čaka varovanca še drugi tip mortifikacije oziroma odmiranja. To je programiranje, ki je povezano z vstopom v totalno ustanovo, in sicer kot: tehtanje, oštevilčenje, razne preiskave, popis in odvzem osebnih dokumentov, sprejem institucionalne obleke, dajanje navodil, namestitvev. Oblika mortifikacije v totalni ustanovi je tudi kontaminacija, vendar v človekovo zasebnost, meje v totalni ustanovi se prekoračijo, na primer osebje popisuje socialna in emocionalna dejstva, kartoteka je osebju vedno na voljo za individualne in skupinske spovedi.

Pomemben del totalne ustanove je disciplinski sistem, ki ga Goffman poimenuje sistem privilegijev, sestavljen je iz: hišnih pravil, majhnega števila jasno določenih nagrad in privilegijev, ki jih dobijo v zameno za ubogljivost in kazen. Varovanec se mora prilagoditi predvsem mortifikaciji in sistemu privilegijev. To lahko stori na več individualnih načinov: se umakne iz situacije (umakne se vase, v svoje telo in njegovo neposredno bližino), se upira sistemu (namenoma izziva ustanovo, da z njim ne sodeluje), »kolonizacija« (poišče si maksimalna zadovoljstva zunanjega sveta, vendar s tem ogroža motivacijske vzvode osebja in tudi skupinsko solidarnost), »spreobrnjenje« (varovanec igra vzornega pacienta in prevzame telesno držo in besednjak osebja) (Flaker 1998: 22–28).

Za življenje v psihiatrični bolnišnici je še danes značilno:

- varovanec z vstopom izgubi svojo identiteto, s čimer je povezana civilna smrt, kontaminacija oziroma vdor v človekovo zasebnost;
- odnos nadrejenega osebja do podrejenih varovancev;
- vse je povezano z urniki, pravili, sankcijami oziroma kaznimi;
- je v nasprotju s plačanim delom in družino;
- jasno razmerje zunaj - znotraj.

Ali kot pravi Goffman:

»Totalna ustanova je hkrati idealni tip in družbeno dejstvo. Totalne ustanove imajo skupne značilnosti, hkrati pa nobena ni značilna samo zanje in nobene ne bomo našli v čisto vseh - vendar pa je v vsaki totalni ustanovi mogoče najti veliko število teh značilnosti. Tako je totalna ustanova družbeno dejstvo, ki ga je mogoče opisati, analizirati njegovo strukturo, hkrati pa je ta struktura izkustvena. Izkusimo pa jo takoj, ko vanj vstopimo, prav zaradi razlike med vsakdanjim, normalnim življenjem in delovanjem totalne ustanove« (Goffman v Flaker 1998: 19).

3.2 Posledice hospitalizacije v psihiatrični bolnišnici

Tanja Lamovec (1995: 34–40) našteje posledice hospitalizacije v psihiatrični bolnišnici, ki uporabniku pustijo lantrogene poškodbe (to so tiste poškodbe, ki jih povzroči zdravljenje ali okolice, ki so z njimi povezane). Te posledice so: odvisnost od zdravil, dosmrtna stigmatiziranost, znižano samospoštovanje in zaupanje vase, uporabnik je prisiljen postati tak, kot ga hočejo drugi, zatiranje pristnega občutenja in izražanja, spremenjeni odnosi z družino, spremenjeni odnosi na delovnem mestu, spremenjeni odnosi s »prijatelji« in znanci, izguba ciljev v življenju. Pomembna je tudi vloga Centrov za socialno delo in informiranost uporabnikov.

3.2.1 Odvisnost od zdravil

Zdravila naj bi jemali samo v času akutne krize, ne pa dolgoročno, kar vodi v odvisnost.

B. A. z diagnozo shizofrenije opisuje svojo izkušnjo: *»Spomnim se, kako sem bil enkrat na depo injekciji Haldola, ki sem jo prejemal vsak mesec. Tistemu času bi z lahkoto rekel najhujše obdobje mojega življenja. Bilo je tako, da če sem ležal, sem dobil neznosen občutek, da moram vstati in hoditi, če pa sem hodil, sem se moral takoj vleči. Delal sem osem ur na dan in spal preostalih 16 ur. Ko sem se skušal o tem pomeniti z zdravnikom, mi je zagrozil, da bo sporočil mojim delodajalcem, da ne sodelujem pri zdravljenju. Šlo je tako daleč, da sem se na koncu odločil, da mi je vseeno, ali izgubim službo. Šele takrat me je zdravnik razumel, kako grozno se v resnici počutim. Zdaj sva z mojim zdravnikom prišla do dogovora, da lahko občasno poskusim kaj novega, vendar moram na novi terapiji zdržati vsaj tri mesece, preden se lahko pritožujem. Imam pa srečo, da sem izobražen in se znam izražati. Nekateri ljudje tega ne znajo in ne uspejo strokovnjaku razložiti, kako se počutijo ali kaj bi si v resnici želeli«* (www.depra.si).

Vendar Vesna Švab (2006: 80) psihiatrinja pravi, da je zdravljenje brez antipsihotikov huda strokovna napaka, da se odmerki sicer razlikujejo glede na posameznika in da je, v nasprotju s splošnim prepričanjem, da psihiatri predpisujejo preveč zdravil, resnica ravno obratna.

3.2.2 Dosmrtna stigmatiziranost

Ločimo med zunanjo, ko se ljudje pričnejo drugače obnašati do osebe, ki se je zdravila v psihiatrični ustanovi, in notranjo, ko se prizadeti posameznik začne temu primerno obnašati.

Ob vrnitvi iz bolnišnice se takemu človeku pripišejo nove značilnosti, ki vplivajo na odnos drugih ljudi: *»Seveda te vsi ljudje potem malo drugače gledajo kakor normalnega človeka«*. Psihiatrična institucija velja za zaznamovan kraj in tako za marsikoga rečejo: *»Saj ta pa ni za drugam kot v Polje«* (glej Mihič in Kovanovič 2003: 85–92).

Ali, kot pravi C. A. z diagnozo depresije: *»Ali je duševna bolezen lahko stigma? Zame je. Včasih sem se izogibal priznati, da imam duševno bolezen. Ta izraz mi je pred oči priklical norce in žive slike iz filma Let nad Kukavičjim gnezdrom. Pomenil mi je stigmo, od katere sem se skušal čimbolj distancirati. To sem dosegel tako, da sem svojo bolezen naredil drugačno. Trdno verjamem, da se je s stigmo najbolje spopasti tako, da smo čimbolj odkriti in uporabljamo humor. Jaz na primer prebijem led z izjavo: »Ravnokar sem se vrnil iz norišnice«. Taka direktnost spodbudi dialog in vse je precej bolj sproščeno, da se govoriti o mojih težavah. Direktnost spodbudi interes. Ljudi v bistvu zanima, kaj točno se dogaja v psihiatričnih bolnišnicah. Hočejo vedeti, kaj je to depresija in kakšen vpliv ima name. Počutijo se tako, kot da so dobili priložnost izvedeti nekaj prepovedanega – in, če so jo že dobili, bi jo radi čim bolj izkoristili. Opazil pa sem, da tak pristop deluje bolj pri mlajši generaciji. Starejši ljudje to ponavadi kar ignorirajo. Mislim, da jim duševna bolezen predstavlja tabu in da jim je neprijetno, če se pogovarjamo o tem«* (www.depra.si).

3.2.3 Znižano samospoštovanje in zaupanje vase

Posameznik je v psihiatrični ustanovi deležen ritualov ponižanja in razosebljanja, njegovo doživljanje je razvrednoteno. Tako posameznik postane pasiven, njegovo življenje pa upravljajo drugi.

Zaradi tega bolj zaupa svojemu psihiatru: »Glede tega je najboljši psihiater, saj drugi niti ne razumejo, niti ne morejo spoznati« in »z njim se tudi dosti pogovoriva in potem mi tablete napiše« (glej Mihič in Kovanovič 2003: 85–92).

Poleg tega se uporabniki po vrnitvi iz psihiatrične bolnišnice ne počutijo povsem zdravi: »Če prideš noter, greš bolan ven in dejansko tako se dogaja«, strah jih je ponovne vključitve v vsakdanje življenje: »Ko ven pridem, je pa tudi težava, spet rabim, da nazaj pridem« in »strah me je bilo tega, kaj bodo drugi rekli« in strah pred tem, da bi se jim stanje poslabšalo: »da se mi ne bi zdravstveno stanje spet poslabšalo in da ne bi rabila iti v umobolnico«. Poleg tega marsikoga doleti tudi neprostovoljna upokojitev: »Če gledam nazaj,... je bilo izredno hudo, da moram iti v invalidsko penzijo« in »nisem se prostovoljno upokojila« (glej Mihič in Kovanovič 2003: 85–92).

3.2.4 Uporabnik je prisiljen postati tak, kot ga hočejo drugi

To je za uporabnika v čustvenem smislu naporno in zahteva neprestano pozornost.

Negativen odziv okolice dodatno vpliva na to, da se posameznik začne sramovati svoje izkušnje in se izogibati ljudem: »Neprijetno mi je bilo iti nekam v eno širšo družbo« ali poskuša bolezen prikriti: »Bilo mi je zelo neprijetno vsakemu razlagat, kako pa kaj« (glej Mihič in Kovanovič 2003: 85–92).

3.2.5 Zatiranje pristnega občutenja in izražanja

Vstop v psihiatrično institucijo povzroči zmedenost ob nerazumevanju nastalega položaja: »in jaz sem se vprašala, ko sem prišla tja, zakaj sem sploh prišla«, v ravnanju osebja je zaznati brezosebnost in rutino: »Tam so me sprejeli, vzeli telesne mere, dali pižamo in me posadili na stol...« in pa »drugače ti pripopajo tam eno diagnozo in potem skrivajo pred tabo«. Izraža se splošno nezadovoljstvo s stanjem v instituciji: »Mislim, da je marsikaj, kar bi bilo potrebno spremenit« (glej Mihič in Kovanovič 2003: 85–92).

B. A. z diagnozo shizofrenije pravi sledeče: »Probleme imam z različnimi strokovnjaki s področja duševnega zdravja, s katerim se srečujem. Mislim, da obstaja ogromna razlika v moči, ki jo imajo zdravniki proti nam uporabnikom. To povzroča med uporabniki precej jeze. Dokler se o naših težavah, o zdravljenju in o tem, kaj naj splošno čutimo eden do drugega, ne bomo začeli pogovarjati enakopravno, mislim, da ne more biti nobenega napredka na tem

področju. Največji problem je v tem, da strokovnjaki mislijo, da zaradi bolezni sam nisem sposoben sprejemati odločitev, kaj je najbolje zame. Seveda razumem, da je temu res tako, kadar sem zelo bolan, ne razumem pa takega odnosa v mojem vsakdanjem življenju. Kadar podvomim v kakšno odločitev, me nihče ne poslušam» (www.depra.si).

Podobno opaža tudi žena D. Z. z diagnozo demence: »Nekatero osebje v zdravstvenih ustanovah ima tudi sicer čudne predstave o komunikaciji z dementnimi bolniki. Zdi se jim na primer, da se bodo lažje sporazumevali, če govorijo zelo na glas. Do njih se včasih vedejo tudi ponižujoče, ko jih obravnavajo kot otroke in tako tudi komunicirajo z njimi, na primer, ne jej s prsti ali pa, danes si pa res priden fant« (www.depra.si)!

3.2.6 Spremenjeni odnosi z družino

Hospitaliziranega posameznika tudi po prihodu domov nenehno opazujejo, kar ima za posledico nesvobodo v lastni družini in varljivo upanje, da ga bodo morda nekoč le spoznali in sprejeli takšnega, kot je ter mu dovolili biti. Poleg tega je opaziti še en škodljiv vidik hospitalizacije, to je izguba zaupanja v svojce - ponavadi ima bodoči uporabnik vsaj eno osebo, ki ji zaupa in ki ga spremlja na preglede v bolnišnico, kmalu pa bodoči uporabnik ugotovi, da se ta oseba na samem pogovarja s psihiatri in da zastopa le svoje interese, kar prizadetega pogosto privede do popolnega osebnostnega zloma.

»Doma se je ravno tako stanje spremenilo, s strani sorodnikov... Mislim, njihov odnos do mene«. Vendar v družini uporabnik psihiatrije vseeno ne zazna tako velikih sprememb: »Tudi malo, ampak ne toliko, kot od zunanjega sveta« (Mihič in Kovanovič 2003: 85–92).

3.2.7 Spremenjeni odnosi na delovnem mestu

Če ima uporabnik to srečo, da še ima delovno mesto, je tako deležen nenehnega opazovanja, njegova izkušnja je prepovedana tema, o kateri se ne govori. Nič neobičajnega ni, če tako osebo premestijo na nižje delovno mesto ali pa ga pričnejo siliti k upokojitvi.

Ali, kot pravi C. A. z diagnozo depresije: »Moja izkušnja je, da ljudje ne vedo, kako bi se obnašali do tistih ljudi, ki imajo katero od duševnih bolezni. Ali te vprašajo, kako se počutiš? Ne. Te vprašajo, če je kaj narobe? Tudi ne. Ponavadi se pretvarjajo, da je vse v redu in nič ne rečejo. Dokler ne greš iz sobe, potem se pogovorijo med sabo« (www.depra.si).

Tako se spremembe v vedenju sodelavcev nanašajo na bolj ali manj odkrite oblike negativnih verbalnih odzivov, kot so prikrito zasmehovanje: *»Tako prikrito zasmehovanje ne, obrekovanja, širjenje raznih govoric: »kar kaj so pripovedovali«, odkrite žaljivke, poniževanja. Oseba pridobi status »duševnega bolnika«: »bi rekla, da so me gledali nekje: češ, ti pa duševni bolnik«* (Mihič in Kovanovič 2003: 85–92).

Pri iskanju zaposlitve ima B. A. z diagnozo shizofrenije naslednje izkušnje: *»Srečo sem imel, da nisem ostal dalj časa brezposeln. Trenutno sem samozaposlen, iščem si kako manj stresno službo. V intervjujih za službo ne mislim skrivati svoje bolezni, vendar je vnaprej tudi ne omenjam. Mislim si, da moram biti najprej prisoten v živo, preden omenim bolezen, da ljudje ne sklepajo vnaprej. Zaenkrat nisem bil uspešen pri iskanju službe«* (www.depra.si).

3.2.8 Spremenjeni odnosi s »prijatelji« in znanci

Prijatelji se do take osebe začnejo vesti pretirano zaščitniško. Tako je večina uporabnikov skoraj povsem zamenjala svoje prijatelje, navadno tudi partnerje, nekateri pa so ostali sami. Po drugi strani je to skoraj nujno potrebno za nadaljnji razvoj, saj nam ljudje, ki nas dobro poznajo, nehote preprečujejo, da bi se spremenili.

Tako se sosedge in znanci začnejo do njega čudno obnašati: *»Se malo drugače obnašajo do mene kakor so se prej«* konkretno se to kaže tudi z molkom: *»Rekel ni nobeden nič«* z vzdrževanjem socialne distance, izogibanju: *»...da se me izogibajo«* s prekinitvijo stikov: *»Tako, ko sem z bolnice prišel – hops, se je to prijateljstvo nehalo«* (Mihič in Kovanovič 2003: 85–92).

Žena D. Z. z diagnozo demence: *»Začeli so naju izključevati iz družbe. Niso naju vabili na rojstne dneve, ki so jih praznovali v restavracijah. Bali so se, da nas bo mož osramotil s svojim vedenjem pri hranjenju. Na druge zabave so počasi vabili samo mene. Ali pa so povabili oba, vendar meni potihoma dejali, naj raje pridem sama«* (www.depra.si).

Podobno izkušnjo opisuje B. A. z diagnozo shizofrenije: *»V bolnico me je vozila policija, medtem ko so vsi sosednje gledali dogajanje«* in: *»Imam na primer soseda, ki je včasih zbežala v stanovanje, kadar me je zagledala, zdaj pa me ignorira«* (www.depra.si).

3.2.9 Izguba ciljev v življenju

Izguba ciljev je rezultat seštevka ali celo množenja do sedaj opisanih poškodb. Tako na primer mnogi psihiatri mladim uporabnikom psihiatrije odsvetujejo nadaljevanje študija, češ da nima smisla in jim bo to samo škodovalo, če se bodo naprezali, kar pa je daleč od resnice (Lamovec 1995: 39).

3.2.10 Vloga Centrov za socialno delo

O Centrih za socialno delo na primer uporabniki psihiatrije menijo, da je njihov pristop preveč birokratski: *»Jaz mislim, da bi, na splošno gledano, morale te službe več narediti«* in *»se bolj ukvarjat in bolj zasledovat potrebe posameznika,«* ter *»se več osebno angažirat«* (Mihič in Kovanovič 2003: 85–92).

3.2.11 Informiranost uporabnikov

Uporabniki storitev opozarjajo na pomanjkanje informacij o pravicah in o obstoječih oblikah pomoči ter o pomanjkanju drugih oblik pomoči. Posameznik si mora informacije običajno priskrbeti sam: *»Praktično me niso nič informirali o zdravstvenem stanju«* ali *»...kar sem sama vedela iz svojega poklica, iz študija«*. Kažejo se potrebe po seznanjenosti s pravicami: *»Bilo bi pa fino, da človek ve, katere pravice ima«*. Prav tako je površno poznavanje nevladnih organizacij: *»V bistvu skoraj nič, kar sem tiste plakate bral, ...«* in *»bi se marsikdaj odpravila tja; že tako, če ti je dolgčas ali imaš kakšne probleme, bi se rad izpovedal ali pogovarjal«* oziroma *»...bi šla marsikdaj«* (glej Mihič in Kovanovič 2003: 85–92).

Vprašanja izražajo željo po oblikovanju skupine za samopomoč: *»Fino bi bilo, da bi se ustanovila mogoče kakšna skupina«* in *»gotovo bi mi to zmanjšalo krize«* ali *»ker take ljudi, ki so ti podobni, najbolj razumeš«* ter tudi *»da se malo pogovoriš, poveš svoje težave, slišiš nasvete s strani drugih, kaj ti svetujejo«* (glej Mihič in Kovanovič 2003: 85–92).

4. PRAVICE IN ŽELJE UPORABNIKOV IN UPORABNIC PSIHIATRIČNE USTANOVE

Vsak uporabnik oziroma uporabnica ima pravico do psihosocialne rehabilitacije, ki pa je kontinuirana dejavnost in se lahko dogaja na različnih mestih in v različnih socialnih okoljih.

Psihosocialna rehabilitacija pomeni izkoriščanje uporabnikovih sposobnosti in ohranjenih delov njegove osebnosti. Osrednji namen rehabilitacije je vrnitev upanja posameznikov, ki so zaradi duševne stiske izgubili samospoštovanje in ustvarjalne ter delovne sposobnosti.

Uporabniki psihiatričnih služb se redko zaposlijo na prostem trgu delovne sile, zaposlitev pa je pomembna za občutek lastne vrednosti (ne le zaradi zaslužka), je eden ključnih elementov dnevne aktivnosti. Preko dela ljudje vzpostavljajo socialne stike, omogoča jim dejavnost, zavzetost ter daje občutek uspešnosti in sposobnosti (Švab 1996: 17–18).

Pravica, o kateri se največ razpravlja na področju duševnih stisk, je pravica do zagovornika. Poznamo samozagovorništvo, laično, kolektivno ali z zakonom določeno zagovorništvo. Ta pravica se mnogokrat interpretira kot pravica do »biti odgovoren zase«.

Pravica dostopa do medicinskih spisov je v večini držav uzakonjena in prisotna v raznih pravilnikih ter določilih v bolnišnicah. Toda vprašanje je, ali je ta pravica dovolj razumljivo, v pravem trenutku in z namenom seznanitve jasno posredovana, ravno tako pa tudi ali je napredovanje rezultat argumentiranega mnenja strokovnih delavcev.

Zelo pomembna je pravica do destigmatizacije, ker diagnoza duševne stiske pogosto zaznamuje osebo do konca njenega življenja in ima lahko za posameznika destruktivne posledice (Širaj Mažgon 2006: 140–141).

Uporabniki oziroma uporabnice psihiatrije želijo več vpliva v svojem življenju - to pomeni možnost izbire in raznolikega zdravljenja, seznanjenost o alternativnih obravnavah, o pozitivnih in negativnih učinkih obravnave, o njihovih pravicah v stiku s službami. Prav tako si glede zagovorništva želijo neodvisno pomoč in podporo pri zastopanju njihovih potreb in zahtev, priložnosti za temeljito diskusijo o načrtih skrbi in obravnavi z delavci služb za duševno zdravje. Prizadevajo si: da bi dobili več besede pri dnevnem dogajanju na oddelkih in pri delovni terapiji, da bi sodelovali pri upravljanju služb preko Sveta pacientov, da bi bili vključeni v načrtovanje in spremljanje novih služb.

Želijo si tudi dostojno obravnavanje, to pomeni spoštovanje in dostojanstvo s strani služb in s strani družbe, kar vključuje zahtevo, da z njimi ravnajo kot z odraslimi in ne kot z otroki le zato, ker ne obvladajo svojega življenja, da priznajo in cenijo njihove izkušnje in zaznave, namesto da jih zavrnejo kot »norost«, da jih poslušajo: ne gre le za čas, ampak tudi za empatijo ter za postavljanje vprašanj, ki izhajajo iz potreb posameznika in ne le iz strokovne usposobljenosti, da v njih prepoznajo človeška bitja, ki imajo enake državljske pravice kot drugi. Uporabniki ne želijo, da jih vidimo kot ljudi s problemi in boleznimi. Imajo legitimna mnenja in vpoglede in so sposobni prispevati svoj delež k družbi (Campbell 1995: 21).

4.1 Zagovorništvo in opolnomočenje

Ker so bile pravice posameznika na področju duševnih stisk pogosto kršene, se je relativno kmalu po uvedbi psihiatrične ustanove razvila institucija zagovorništva. Temeljna naloga zagovorništva je zagovarjanje pravic posameznika: le-te so največkrat kršene v razmerju posameznik - totalna ustanova, in se kaže kot veliko nesorazmerje moči.

Začetnik zagovorništva je Sir John Parceval, ki je veliko let preživel v totalnih ustanovah, zato je leta 1845, ko mu je uspelo priti na svobodo, s somišljeniki ustanovil prvo društvo za zagovorništvo in s tem postal prvi uradni zagovornik.

»Pojem opolnomočenja je v psihosocialnem modelu ključnega pomena. Moči uporabnikov, ustanov in svojcev so hudo nesorazmerne. Noben posameznik ali posameznica ne more pričakovati, da bo takemu nesorazmerju kos sam. Zato potrebujemo organizirano zagovorništvo, ki lahko požene v tek proces večanja moči uporabnikov. Opolnomočenje je proces, ki ni nikoli končan, saj je treba pridobljeno razvijati, če želimo obdržati pravice, ki smo jih pridobili« (glej Lamovec 1998: 18–22).

Najpogosteje se zagovorništvo definira kot »dejavnost, ki vključuje eno osebo, več oseb ali skupino uporabnikov socialno varstvenih storitev, lahko tudi njihove predstavnike (to so zagovorniki), ki se zavzemajo za uresničevanje njihovih potreb in želja ali za skupen uporabniški cilj pri vplivih drugih. Zagovorništvo pogosto poskuša preprečiti predlagane spremembe, ki bi poslabšale položaj uporabnikov. Namen zagovorništva je, da poveča občutek moči posameznice in posameznika; pomaga jima, da pridobita večje samozaupanje, postaneta asertivnejša, dobita več izbire v življenju, izboljšata kvaliteto življenja in zmanjšata izgube, prikrajšanost ter izključenost« (Zaviršek 2002: 80).

Načela v zagovorništvu so sledeča:

- Dostojanstvo in pravice posameznika ali posameznice: vsem ljudem na svetu pripadajo osnovne človekove pravice, ki so zapisane tako v ustavah kot v različnih mednarodnih dokumentih; spoštovanje pravic in dostojanstva posameznika je ena osnovnih vrednot v zagovorniški praksi.
- Samoodločanje uporabnikov: uporabniki morajo razumeti in definirati svoje lastne potrebe ter odločati o tem, na kakšen način jih bodo uresničili; zagovornik je tisti, ki pomaga, da ljudje lahko govorijo v svojo korist in zagovarjajo svoje pravice.
- Zavzemanje za tiste, ki imajo v družbi malo ali nič moči: tradicionalno so se socialne delavke po svetu zavzemale za ljudi, ki niso mogli govoriti sami zase. Zavzemale so se na primer za begunce, ženske, brezdomce, otroke.

Proces opolnomočenja vključuje neposredno angažiranje uporabnikov za reševanje njihovih problemov oziroma uresničevanje njihovih želja; cilj opolnomočenja je, da posamezniki oziroma posameznice pridobijo moč in znanje, postanejo asertivni in razvijejo različne veščine.

Pomembno je tudi sočustvovanje s posamezniki oziroma posameznicami ter pristranost, kar pomeni, da je zagovornik vselej na uporabnikovi strani in podpira njegove vizije: pri tem ima pomembno vlogo socialna pravičnost. Bistveno v zagovorniškem procesu je, da sta uporabnik in zagovornik v proces čim bolj enakopravno vključena, njun odnos mora temeljiti na medsebojnem spoštovanju, skupaj se dogovarjata glede ciljev in strategij zagovorništva, zagovorništvo pa je tudi njuna skupna akcija (Zaviršek 2002: 116–117).

Temeljne naloge zagovorništva (Zaviršek 2002: 83) so: opolnomočenje, zavzemanje za uporabniške cilje skozi ustanovitev stanovanjske skupine, organiziranje službe za osebno asistenco, ustanovitev mobilnega kriznega tima za ljudi s težavami v duševnem zdravju, odstranitev arhitektonskih ovir v lokalni skupnosti. Zagovorništvo si prizadeva odpraviti diskriminatorne prakse, sprememinjati javno mnenje, zakonodajo, zagotoviti sredstva za neodvisne zagovornike, neposredno financiranja socialnih storitev.

Opolnomočenje uporabnika oziroma skupine uporabnikov poteka skozi informiranje, učenje spretnosti, spremljanje v institucije, iskanje novih možnosti in izbir, pomoč pri uresničevanju pravic iz socialnega varstva, izdelava individualnega načrta za samostojno življenje.

Po Jelki Škerjanec opolnomočenje pomeni možnost odločanja o treh bistvenih življenjskih vprašanjih:

- Kje bom živel (a)?
- Kaj bom delal (a)?
- Kdo me bo pri tem podpiral (a)?

Bistveno pri opolnomočenju glede teh treh vprašanj je torej možnost izbir glede temeljnih življenjskih vprašanj (Lamovec 1998: 18).

Oprelitev opolnomočenja na širši teoretski ravni vključuje elemente popolne enakopravnosti z drugimi državljani, kar bi dosegli z odpravo diskriminatorne zakonodaje in uzakonjenjem zagovorništva v vseh službah, namenjenih osebam z duševnimi stiskami z zagotovitvijo vseh potreb, ki bi omogočile samostojno in kvalitetno življenje uporabnikom, kar bi lahko dosegli z uvedbo neposrednega individualnega financiranja in z ustanavljanjem lokalnih in nacionalnih uporabniških organizacij, ki bi opravljale storitve, za katere so kvalificirane, zaposlovale strokovnjake in sodelovale pri načrtovanju novih služb ter evalviranju obstoječih. Tako bi dosegli zdravo konkurenco med izvajalci storitev in zagotovili, da zares delujejo v korist uporabnikov (Lamovec 1998: 20).

Opolnomočenje ima več faz:

1. Pridobivanje občutka, da je oseba sposobna odločati o svojem življenju - to pomeni, da uporablja večšine poslušanja, aktivne podpore, uporablja se terminologija uporabnika oziroma uporabnice, izogibamo se zastavljanju prevelikega števila vprašanj.

2. Podpora, da svoje odločitve uresniči v vsakdanjem življenju: najbolj prikrajšani ljudje doživljajo več medsebojno povezanih problemov oziroma krog deprivacije, zato je pri opolnomočenju potrebno razumeti in upoštevati vse probleme v njihovi soodvisnosti in jih vse tudi obravnavati; pri tem je pomembno, da okrepimo zaupanje osebe, jo razbremenimo občutkov krivde in ji omogočimo pravico do odločitev.

3. Podpora, da se človek odloči tako, kot sam misli, da je zanj najbolj prav: uporabnik oziroma uporabnica ima pravico do izbire, da sam ali pa s pomočjo drugih ugotovi svoje potrebe, želje in vizije. Pri tem si lahko pomaga z metodo izdelovanja individualnega načrta za samostojno življenje, z individualnim načrtom za varnost v primeru družinskega nasilja, z individualnim načrtom osebne asistence,...
4. Spoznavanje družbenih in osebnih ovir: sem prištevamo osebne ovire, kot so osebna verovanja, zdravorazumska prepričanja, tradicionalni vzorci razmišljanja, normativne sodbe; družbene ovire kot na primer: institucionalne neenakosti, dvojna merila, stereotipna družbena pričakovanja.
5. Spoznavanje in razumevanje družbeno ustvarjenih strukturnih diskriminacij: če uporabnik oziroma uporabnica razumeta delovanje strukturnih diskriminacij, bosta lahko situacijo, v kateri sta deloma de-individualizirala in spoznala, da izkušnje, ki jih doživljata niso le posledica osebne ranljivosti, temveč del aktivno delujočih struktur neenakosti. Tu je pomemben element samoizobraževanja.
6. Povečanje vpliva v svojem življenju: izkušnje mnogih uporabnikov so, da se njihov vpliv okrepi, če so povezani v skupino.
7. Krepitev občutkov samozavesti, da uporabnik oziroma uporabnica začne uporabljati moč, ki jo ima: eden od načinov uporabe moči, ki jo človek ima je, da postane soudeležen v procesih pomoči. Ljudje lahko svoje stiske in težke življenjske situacije, ki so jih preživeli, transformirajo v kreativno moč, s katero lahko pomagajo ljudem, ki doživljajo podobno, kot so to doživljali sami – s tem uporabnik oziroma uporabnica opolnomoči druge uporabnike (Zaviršek 2002: 60–62).

5. DEZINSTITUCIONALIZACIJA

Kritike psihiatrije pa se niso ustavile samo pri zahtevah po zagovorništvu - radikalnejše od teh so bile pobude za dezinstitutionalizacijo.

Pred drugo svetovno vojno se je psihiatrija na kritike odzivala na naslednje tri načine: z defenzivnostjo, ignoriranjem in tako, da je kritiko vključevala v modernizacijo psihiatrije. Vse tri taktike pa so imele podoben izid – krepitev psihiatrije in azila, čeprav so po drugi strani te kritike ohranjale dinamično napetost in vsaj v načelu podpirale možnosti za spremembe (Flaker 1998: 180).

Dezinstitutionalizacija ima »dva pomena: prvi je družbeni premik iz azila v skupnost in trend zmanjševanja hospitalizacije in časa preživetega v bolnišnici, drugi pa je družbeno gibanje, ki je k temu premiku aktivno prispevalo. Poleg tega ima tudi dva mejnika v času in prostoru, in sicer radikalno zmanjšanje bolnišničnih kapacitet in spremenjeno zakonodajo, ki odpravlja bolnišnice kot temeljno obliko pomoči ljudem v duševni stiski« (Flaker 1998: 157–158).

Razlogov za dezinstitutionalizacijo je več:

- etični – kršenje državljskih in človekovih pravic do prostosti; dominacija osebja nad varovanci; odvisnost varovancev od osebja;
- strokovni – onemogočanje celostne psihosocialne obravnave varovanca in pojav različnih simptomov; povečanje stigme, razosebljenost in prekinitev stikov z izvirnim okoljem, nezmožnost uresničevanja zasebnih želja, vedenje prilagojeno instituciji (Kapelj in Smonker 2005: 14).

Prvi zakon, ki naj bi s časom nadomestil državne bolnišnice s centri za duševno zdravje, so sprejeli v ZDA leta 1963 in se je imenoval »Community mental health center and retardation act«. Prav tako v 60-ih letih pa je tudi večina zahodno evropskih držav sprejela podobno zakonodajo in s preoblikovanjem sistema zaprla večino totalnih ustanov (Italija, Anglija, Skandinavija). V Italiji je bil tako leta 1978 sprejet zakon, ki je prepovedal zapiranje ljudi v psihiatrične bolnice, skrb za duševno bolne pa prenesel na skupnost. Vendar je ustanavljanje skupnostnih služb potrebno skrbno načrtovati in paziti, da se pri načrtovanju upoštevajo uporabnikove želje in zahteve.

Najbolj znana primera dezinstytucionalizacije v Italiji sta Gorica in Trst, v obeh je imel pomembno vlogo Basaglia in v obeh je bil cilj odpraviti psihiatrične bolnišnice. Pomemben pa je tudi primer Anglije, kjer je bilo značilno, da je dezinstytucionalizacija potekala od zgoraj navzdol.

5.1 Primeri dezinstytucionalizacije

5.1.1 Gorica

V Gorici je bila prva naloga dezinstytucionalizacije zapiranje bolnišnic in nato ustvarjanje novih služb, ki bi bolnišnice nadomestile.

Franc Basaglia je leta 1961 postal direktor goriške psihiatrične bolnišnice z namenom, da jo preobrazi. Njegova izhodiščna ideja je bila uporabiti model terapevtske skupnosti, kar je bilo v tistem času trend in ne inovacija.

Basaglia si je idejo terapevtske skupnosti zastavil nadvse radikalno. Njegov način dela je nastal na fenomenološki in eksistencialistični podlagi, kjer obstaja imperativ glede neposrednega dožemanja izkušnje, dajanja sodb v oklepaj in iskanja mejnih situacij. To pa pomeni, da so izjavam bolnikom prisluhnili neposredno, v medsebojni konfrontaciji v srečanju; druga podlaga je bil sodobni marksizem (zlasti frankfurtska šola), ki je narekovala analizo moči, avtoritete in institucije.

Terapevtske skupnosti v Gorici so se imenovale »assemblee«. Zanje je bilo značilno, da so na njih lahko sodelovali vsi - tako osebje kot pacienti. Niso bile obvezne, bile pa so kaotične, na njih so se izogibali psihodinamičnim interpretacijam, s časom so postale način kolektivizacije odgovornosti za posledice vedenja. V diskusijah so krivdo predstavili na družbeno raven – tako so menili, da so zaprti zato, ker družba potrebuje nadzor nad deviantnimi. Osnovna tema so postali odnosi moči in družbena protislovja. Poleg opustitve uniform, opustitve privilegijev osebja oziroma simboličnega zanikanja svojih vlog, so se osebje in pacienti nenehno in neutrudno ukvarjali z vprašanjem moči, kdo jim jo jemlje oziroma daje.

Poleg tega je goriška izkušnja prinesla oziroma omogočila plačano delo uporabnikom, in sicer dela v bolnišnici, kot na primer vzdrževalna dela, pomoč v kuhinji, pralnici, urejanje okolja s tem pa tudi odpiranje oddelkov oziroma prost pretok ljudi. Ali, kot pravi eden od uporabnikov: »Basaglia nam je dal samo ključ, vrata smo odprli sami« (Flaker 1998: 192).

Vendar pa so ravno terapevtske skupnosti in politika odprtih vrat ustvarile nove paradokse in protislovja: pacienti so bili še vedno pasivni in hvaležni zdravniku za svobodo in tako tudi manj uporni in ubogljivejši. Tako je v tem primeru zapiranje psihiatrične bolnišnice za psihiatrijo pomenilo dvojje: ustvariti službe, ki bodo podpirale varovance v življenju v skupnosti, in s tem odpraviti bolnišnice. Goriški izkušnji je delno uspelo le prvo, vendar je kljub temu imela velik odmev po vsej Italiji.

5.1.2 Tržaška izkušnja

Leta 1971 so Basaglia povabili v Trst. V takratni bolnišnici je bilo 1200 pacientov, razmere so bile slabe in zastarele, zato so se podobno kot v Gorici lotili terapevtske skupnosti - z razliko, da je bila tu že od vsega začetka navzoča želja in volja po odpravi azila. Konkretno je to pomenilo spremembo formalnega in pravnega statusa pacientov, tako niso bili več pacienti, ampak gostje oziroma »ospiti«. Poleg tega so si močno prizadevali, da bi goste opremili s pogodbeno močjo: to pomeni, da dobijo stanovanje in denar s socialnimi dajatvami, štipendijami ali delom. Poleg tega bolnišnica ni bila razdeljena po oddelkih ampak po teritorialni pripadnosti. Pomemben del je predstavljal vključevanje študentov in drugih prostovoljcev, tudi umetnikov.

Tako je bila ta bolnišnica do leta 1979 skorajda prazna in zaprta. Delovalo pa je pet »teritorialnih« psihiatričnih služb oziroma služb duševnega zdravja v skupnosti. Centri so bili odprti 24 ur na dan in so imeli več namenov hkrati – za pogovore, kosilo, zabave, urejanje raznih zadev,... Uporabniki dobijo zdravila, njihova naloga pa je tudi koordinacija drugih služb (kot so zdravstvene, socialne). Poleg tega so centri vodili tudi stanovanjske skupine.

Zaradi močne medijske zastopanosti in politične podpore so leta 1978 v italijanskem parlamentu izglasovali znameniti zakon 180. »Ta je formalno odpravil duševne bolnišnice, zapovedal ustanavljanje skupnostnih služb in črtal nevarnost kot razlog za obvezne zdravstvene ukrepe« (Flaker 1998: 202).

Za tržaško izkušnjo je bilo značilno zaprtje bolnišnic in nadomestitev le-teh s skupnostnimi službami, dezinstitutinaliacija je zajela državno in lokalno raven. To je bil tudi primer resnične dezinstitutinalizacije in ne dehospitalizacije ali transinstitutinalizacije. V teoriji in praksi je to prineslo odpravo azilskega prostora, povsakdanjanje prakse ter kolektivizacije odgovorov in krepitev pogodbene moči uporabnika.

5.1.3. Angleški zgled zapiranja bolnišnic

Kljub temu, da je Anglija že konec 50-ih let začela z ustanovitvijo prvih terapevtskih skupnosti, se psihiatrične bolnišnice vse do konca 80-ih in na začetku 90-ih let niso množično zapirale.

Proces dezinstitutionalizacije je v Veliki Britaniji potekal od zgoraj navzdol. Leta 1986 je Britanska vlada ustanovila preiskovalno komisijo, ki je priporočila razvoj skupnostnih služb in zapiranje bolnišnic. Ker je bilo kasneje finančnih sredstev vse manj, je bila skupnostna skrb tudi boljša izbira v primerjavi z dragim vzdrževanjem bolnišnic. Še dodatno pa je to spodbudil Zakon o skupnostni skrbi, ki je razdelil službe na tiste, ki storitve kupujejo, in tiste, ki jih ponujajo. Bolnišnice so zapirali od zgoraj navzdol tudi zaradi nepripravljenosti ali odpora osebja bolnišnic, saj so zdravniki psihiatri podpirali idejo skupnostne skrbi le, če istočasno obstaja tudi bolnišnična služba. Med zadržki so med drugim navajali, da je normalno življenje njihovih bolnikov izven bolnišnice utvara. Zato so bili v zapiranje bolnišnic vključeni tako imenovani »preselitveni timi«, ki so imeli dvojno nalogo: ugotoviti kakšne so potrebe ljudi, nastanjenih v bolnišnicah ter te ljudi usposobiti za preselitev v skupnost. Poleg tega naj bi preoblikovanje vlog ne bilo zgolj prerazporeditev moči med različnimi strokami, temveč tudi spremljanje vloge uporabnikov in svojcev.

6. NEVLADNE ORGANIZACIJE V SLOVENIJI NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA

Zaradi naraščajočega nezadovoljstva z medicinskim modelom so kritiki začeli ustanavljati nevladne organizacije, ki naj bi ljudem s težavami v duševnem zdravju nudile ustrezno oporo in zmanjšale škodo zaradi stigmatizacije.

Deklaracije in drugi dokumenti Svetovne zdravstvene organizacije že dolgo časa priporočajo sodelovanje nevladnih organizacij pri dokumentih o varovanju in krepitevi zdravja. Tako je Vlada Republike Slovenije oktobra 2003 sprejela Strategijo sodelovanja za učinkovitejše vključevanje nevladnih organizacij v politiko dogovarjanja in namen katerega je bil razviti demokratično partnerstvo z nevladnimi organizacijami pod geslom »razgovor z njimi in ne o njih«.

V Deklaraciji o duševnem zdravju ministri podpirajo »nevladne organizacije, ki aktivno delujejo na področju duševnega zdravja, ter stimuliranje ustanovitev nevladnih organizacij in organizacij za uporabnike storitev. Še posebej so v ospredju organizacije, ki so aktivne pri:

- organiziranju uporabnikov, ki razvijajo svoje lastne aktivnosti, vključno z ustanavljanjem in vodenjem skupin za samopomoč ter usposabljanjem glede pristojnosti pri okrevanju;
- spodbujanju ranljivih in marginaliziranih posameznikov ter zagovarjanju njihovih primerov;
- zagotavljanju storitev, ki temeljijo na skupnosti in ki vključujejo uporabnike;
- razvijanju ustreznih spretnosti in sposobnosti družin in skrbnikov ter njihovo aktivno vključevanje v programe varstva;
- sestavljanju načrtov za izboljšanje starševstva, izobraževanja in tolerance, soočanju z alkoholizmom in zlorabo drugih substanc, ter z nasiljem in zločini;
- razvijanju lokalnih storitev, ki so usmerjene v potrebe marginaliziranih skupin;
- vodenju telefonov za pomoč in internetno svetovanje za ljudi v kriznih situacijah, za ljudi, ki trpijo za nasiljem ali ki kažejo samomorilska nagnjenja;

- možnostih zaposlovanja invalidnih oseb« (www.sent-si.org/contentfiles/20-02-06/Deklaracija_prevod.doc).

Zelena knjiga opozarja, da:

»zdravstveno posredovanje samo ne more rešiti in spremeniti družbenih determinant. Zato je potreben celostni pristop, usklajen s strategijo WHO, ki bo zajemal zagotavljanje zdravljenja in oskrbe za posameznike, kot tudi ukrepe za celotno prebivalstvo, da bi spodbujali duševno zdravje, preprečevali duševne bolezni in se odzvali na izzive, povezane s stigmo in človekovimi pravicami. Takšen pristop mora zajemati več igralcev, vključno z zdravstvenim in nezdravstvenim sektorjem ter zainteresiranimi stranmi, katerih odločitve vplivajo na duševno zdravje prebivalstva. Organizacije pacientov in civilna družba morajo igrati pomembno vlogo pri oblikovanju rešitev« (http://www.sent-si.org/contentfiles/19-01-06/mental_gp_sl.pdf).

Sektor za zdravstveno varstvo ogroženih skupin prebivalstva je bil v okviru Ministrstva za zdravje ustanovljen leta 2004. Med njegove naloge spada »sodelovanje z nevladnim sektorjem na področju varovanja in krepitve zdravja ter preprečevanja bolezni ogroženih skupin prebivalstva in spremljanje, analiziranje in priprava poročila o vzrokih za razlike pri dostopnosti do zdravstvenega varstva ter predlaganje sistemskih rešitev za zmanjševanje razlik« (Davidovič Primožič 2005: 17).

Po mnenju ministrstva so nevladne organizacije pomemben dejavnik na področju javnega zdravja, saj zaradi svoje prilagodljivosti in dela s prostovoljci na lokalni ravni, pomagajo ravno tam kjer država ne more zagotoviti vseh potreb ljudi.

Skupne značilnosti zasebnih neprofitnih organizacij, ki delujejo v javno koristne namene in skupno dobro svojih članov, so:

- da so zasebne - institucionalno ločene od države oziroma so njihovi ustanovitelji zasebne (fizične) in pravne osebe;

- da so neprofitne - osnovni smisel je delovanje v splošno družbeno koristne namene;

- da so organizacije - izoblikovano imajo osnovno organizacijsko strukturo in pravila, ki veljajo za vse vključene;

- da so prostovoljne - članstvo v njih ni zakonsko obvezno, pritegnejo pa večji ali manjši vložek volonterjev (Kapelj in Smonker 2005: 21).

Vse bolj se uveljavljajo koncepti delovanja nevladnih organizacij z novimi možnostmi za načrtovanje in spreminjanje kakovosti storitev, nadzora kakovosti izvajanja storitev ter metodami za ugotavljanje potreb uporabnikov in vključevanja uporabnikov v izvajanje storitev na področju socialnega varstva. Za kakovostno izvajanje socialno-varstvenih storitev je pomembno, da so uporabniki storitev soizvajalci ter, da so pomemben dejavnik socialne usklajenosti in del socialne države (Kapelj in Smonker 2005: 24).

Vendar pa je Slovenija tako majhna, da se veliko ljudi med seboj pozna. Zato večina tistih, ki imajo dolgotrajne težave z duševnim zdravjem, ne želijo, da bi ljudje to vedeli, saj je stigmatizacija prevelika. To pa pomeni, da se nevladnih organizacij, ki delujejo na področju duševnega zdravja, izogibajo, čeprav bi jim s svojim znanjem in izkušnjami lahko veliko pomagali pri razvoju in implementaciji ustreznih vsebin (Kapelj in Smonker 2005: 31).

Organizacije, ki se ukvarjajo z duševnim zdravjem v Sloveniji, so: Altra, Šent, Vezi, Humana, Novi Paradoks in Ozara. Njihovi člani so osebe, ki imajo težave v duševnem zdravju, njihovi svojci, strokovni delavci, prostovoljci in vsi zainteresirani. Programi, ki jih izvajajo so: svetovanje in pomoč, dnevni centri, mreža stanovanjskih skupin, izobraževanje in usposabljanje, socialna in delovna vključenost, ozaveščanje in obveščanje javnosti, zagovorništvo, skupine za samopomoč,... Njihovo načelo temelji na potrebah uporabnikov, njihovo delo pa na samoorganizaciji in samopomoči. Pri izvajanju programov sodelujejo s tujimi in domačimi organizacijami, njihova najnujnejša potreba pa je predvsem po čimprejšnjem sprejetju zakona o duševnem zdravju.

Društvo Altra – Odbor za novosti v duševnem zdravju

Namen društva je psihosocialna pomoč osebam z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju in njihovim svojcem v skupnosti. Programi, ki jih izvajajo so: svetovalnica Altra, program ozaveščanja strokovne in širše javnosti, mreža stanovanjskih skupin, dnevni center ter program delovne in socialne vključenosti. Število uporabnikov je 150 članov, 671 nečlanov.

Šent – Slovensko združenje za duševno zdravje

Namen društva je združevati posameznike, ki imajo težave v duševnem zdravju, njihove svojce, strokovnjake za duševno zdravje in vso zainteresirano javnost. Programe izvajajo skupaj s centri za duševno zdravje v skupnosti in njenimi enotami v večini slovenskih regij: Osrednjeslovenska, Primorska, Gorenjska, Savinjska ter Štajerska. Izvajajo programe dnevnega centra in stanovanjskih skupin, število uporabnikov je 720 (od tega 520 nečlanov).

Vezi – Društvo za duševno zdravje in kreativno preživljanje prostega časa

Namen društva je pomoč ljudem s težavami v duševnem zdravju. Njihovi člani so uporabniki psihiatričnih storitev, njihovi svojci ter strokovni delavci iz vrst socialnega varstva in zdravstva povprečno imajo 55 uporabnikov psihiatričnih storitev. Dejavnosti, s katerimi se ukvarjajo, so na lokalni ravni dnevi centri, na državni pa mreža stanovanjskih skupin, izobraževalne delavnice in likovna kolonija Štanjel.

Humana – Združenje svojcev pri skrbi za mentalno zdravje

Namen društva je pomoč svojcem oseb s psihiatrično boleznijo in organizirano izvajanje pomoči bolnikom. Na območju Gorenjske izvajajo programe: delovne in socialne vključenost za težje zaposljive osebe, imajo Center za svetovanje, združevanje in pomoč svojcem oseb s psihozo; omogočajo samointegracijo oseb s težavami v duševnem zdravju z višjo izobrazbeno strukturo. Redno skrbijo za 50 uporabnikov, občasno pa še za 20.

Novi Paradoks – Slovensko društvo za kakovost življenja

Namen društva je zagotavljati psihosocialna pomoč uporabnikom na področju duševnega zdravja. Strukturo članstva sestavljajo osebe s psihiatrično izkušnjo in tisti, ki se ji želijo izogniti. Število njihovih uporabnikov pa je 500 ljudi v stiski. Programi, ki jih izvajajo so: stanovanjske skupine, dnevni centri, rehabilitacijske delavnice, programi za delo z mladimi, različni mednarodni projekti - kot na primer Projekt socialnega podjetja, ki ga finančno podpira Evropska unija.

Ozara Slovenija – Nacionalno združenje za kakovost življenja

Ozara deluje na področju skrbi za duševno zdravje v Sloveniji. Programi, ki jih izvaja so: mreža stanovanjskih skupin, osebna asistenca, socialna mreža, mreža skupin za samopomoč,

izobraževanje, mreža pisarn za svetovanje, mreža kluba svojcev, preventivni programi za mladostnike, cikel okroglih miz, tabori, letno srečanje uporabnikov in svojcev. Vsega skupaj je vključenih v program 691 članov, in 1680 nečlanov (Davidovič Primožič 2005: 88–96).

7. ŠTUDIJA PRIMERA: ALTRA – ODBOR ZA NOVOSTI V DUŠEVNEM ZDRAVJU

7.1 Zgodovina in predstavitev

Altra je nevladna, nepolitična organizacija, ustanovljena leta 1988 kot odgovor na nezavidljiv položaj ljudi v psihiatričnih institucijah. Javno in politično je izpostavila težave oseb z dolgotrajnimi težavami na področju duševnega zdravja, se zavzela za korenite spremembe na tem področju in odkrito spregovorila o nezadostnosti samega psihiatričnega sistema.

Začetki segajo v leto 1988, ko je bil pod vodstvom Vita Flakerja organiziran prvi mladinski delovni tabor Hrastovec v Zavodu za duševno in živčno bolne Hrastovec - Trate.

Namen tabora Hrastovec je bil:

- prispevati k odpiranju zavoda;
- vsaj za kratek čas poživiti utrip zavoda;
- aktivirati tiste oskrbovance, ki so zaradi pomanjkanja kadrov in drugih vzrokov manj udeleženi v terapevtskih aktivnostih;
- priložnost, da osebje kritično preveri svoje delo;
- udeleženci tabora, se srečajo s tistim delom družbene stvarnosti, ki je še prepogosto izolirana in skrita;
- priložnost srečevanja ljudi, ki delajo na tem področju ali pa jih to področje zanima;
- poleg vsega tega je imel ta tabor tudi javni pomen, z njim so namreč želeli pritegniti pozornost javnosti in jo opozoriti na probleme, ki jih doživlja psihiatrija in socialno delo (Flaker 1988: 46–47).

Tabor je potekal v obliki delavnic, ki so se jih razen zunanjih strokovnjakov, prostovoljcev in študentov udeleževali tudi osebje in pacienti Zavoda. Tabor s strani organizatorjev ni imel točno zastavljenega programa, ker naj bi udeleženci prišli na tabor z bolj ali manj izraženimi interesi, znanji in veščinami in bi šele na taboru samem prišlo do usklajevanja in dejanskega načrtovanja dela.

Občutek nemoči in brezperspektivnosti, ki so ga udeleženci dobili ob druženju z oskrbovanci totalne ustanove, psihiatričnega azila, jih je spodbudil, da so ustanovili društvo Odbor za zaščito norosti. Katerega namen je bil »zbirati iniciative in organizirati akcije, ki naj bi podpirale demokratizacijo slovenske psihiatrije, odpirale vprašanja duševnega zdravja, mesta norosti v družbi in podobno« (www.ljudmila.org/altra/a_zgod.html).

To je bilo prvo društvo v Sloveniji na področju duševnega zdravja, ki je opozarjalo na kršenje pravic oseb, ki so nameščene v psihiatričnih institucijah ter vnašalo inovacije na področju antipsihiatrične ideje in na področju, ki je bilo do tedaj samo v domeni medicine.

Kasneje so uporabniki zaradi izraza »norost« začeli odklanjati ime Odbor za zaščito norosti, zato se je leta 1993 društvo preimenovalo v Altra - Odbor za novosti v duševnem zdravju. Altra pomeni druga. Ravno drugost (poleg drugačnosti) je tisto, česar ni moč razumeti, kar je onstran. Koren drug pa je vsebovan tudi v besedah kot so družba, družina, druženje, društvo. Poleg tega je med najpomembnejšimi asociacijami na ime Altra tudi beseda »alternativa«. Tako se je aktivnost društva opredeljevala kot alternativa psihiatriji z razvojem lastnih potencialov za uspešno delo z osebami, ki imajo dolgotrajne psihosocialne težave.

V zadnjih letih Altra zaokroža celostno ponudbo psihosocialne podpore in pomoči osebam s težavami na področju duševnega zdravja in drugim osebam v stiski z različnimi programi. Zavedajo se, da duševne stiske in krize doživljamo vsi ljudje. Nekateri jih rešujejo sami s pomočjo najbližje okolice, drugi pa nimajo nikogar, ki bi jim bil pripravljen prisluhniti; prav v takih primerih se duševna stiska stopnjuje v krizo.

Zavedajo se, da nimajo dokončnih odgovorov za življenjske probleme, lahko pa jih ublažijo. Tako osebo, ki je v stiski, ne skušajo spreminjati, ampak jo razumeti na način, kakor le-ta doživlja sebe. Prizadevajo si za oblike pomoči, ki osebe ne bi iztrgala iz vsakdanjih družinskih in prijateljskih vezi, zato skušajo socialno mrežo razširiti in s tem tudi razbremeniti okolico.

Delo Altre označujejo naslednji ključni pojmi: duševno zdravje v skupnosti, uporabniki psihiatričnih storitev ali osebe z dolgotrajnimi psihosocialnimi težavami, skupnostno socialno delo, normalizacija norosti, destigmatizacija, psihosocialni modeli pomoči.

7.2 Cilji Altre

»Socialna izključenost je proces, v katerem posamezniki ali gospodinjstva doživljajo resno deprivacijo pri različnih pomembnih virih (običajno večih hkrati) in/ali na področju socialnih vezi s širšo skupnostjo oziroma družbo« (Johnson 2000: 34).

Socialna izključenost največkrat prizadene najbolj ranljive skupine ljudi, med katere spadajo tudi ljudje s težavami v duševnem zdravju. Na nastalo situacijo pogosto vpliva splet okoliščin, kot je: izguba zaposlitve, zapustitev s strani svojca ali smrt, dolgotrajna izpostavljenost stresu, slabe stanovanjske razmere.

Socialne izključenosti ni mogoče odpraviti, lahko pa se le-ta zmanjša s skupnimi napori pristojnih služb kot so: ministrstva, lokalne skupnosti, javne službe, nevladne organizacije.

Tako se pri ljudeh z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju njihov položaj pogosto rešuje z invalidskim upokojevanjem sredi delovno aktivnega obdobja, posledica so nizke pokojnine - namesto da bi jim omogočili ustrezno zaposlitev. Najpogostejši omejitvi pri zaposlovanju so slabša koncentracija in omejene motorične sposobnosti (kot posledica uporabe zdravil). Ta skupina ljudi je redko sposobna zaposlitve za polni delovni čas in delo po predpisanih normativih. Najuspešnejši način za vrnitev v običajno življenje je delo prilagojeno njihovim zdravstvenim sposobnostim in interesom. Izobrazbena raven pri tej skupini običajno ni problematična, pogosto uspejo dokončati šolanje in se zavedajo svoje situacije. Ob zaposlitvi nastopijo težave, ker s strani delodajalca niso razumljeni. Zaradi večkratnega ali daljšega bolniškega staleža jim pogosto sporazumno prekinejo delovno razmerje tako, da ne morejo uveljavljati nadomestila na Zavodu za zaposlovanje. Tako pristanejo na Centru za socialno delo kot prejemniki denarne socialne pomoči, ponovno zaposlitev pa le težko ali pa sploh ne dobijo (Kapelj in Smonker 2005: 58).

Cilj društva Altra je delovna in socialna vključenost ter delovna rehabilitacija oseb z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju. Altra vključuje uporabnike pri reševanju problematike zaposlovanja na naslednjih področjih: šiviljstvo, vzdrževanje in čiščenje prostorov, izdelovanje gumiranih izdelkov in izvajanje programa Dnevnega centra. Program podpira Evropski socialni sklad, Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje in Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve (Altra 2006b).

V ta program se lahko vključijo osebe, ki imajo status invalidne osebe. Po zakonu o usposabljanju in zaposlovanju invalidnih oseb so to tiste osebe z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju, vodene v evidenci brezposelnih oseb Zavoda za zaposlovanje. Pogoji za vključitev je motivacija brezposelne osebe ter sodelovanje njegovega svetovalca pri Zavodu za zaposlovanje. Na željo uporabnika in po opravljenem informativnem razgovoru s strokovnim sodelavcem, s katerim izdelata individualni načrt (zaposlitveni in splošni načrt podpore) se prične vključitev v dejavnost, le-ta pa pri usposabljanju poteka z mentorsko pomočjo (Altra 2006b).

Namen delovne in socialne vključenosti je:

- ohranjanje in razvijanje delovnih spretnosti in navad;
- ohranjanje pozitivne samopodobe;
- širjenje socialne mreže;
- zaposlitev na trgu dela.

Pomemben je pomen zaposlitve, čeprav zaposleni dobivajo le minimalni osebni dohodek. Razlika v njihovi asertivnosti pred in po zaposlitvi je velika. Izboljšanje zdravstvenega stanja ali vsaj stabilizacija je kmalu opazna. Kaže se v njihovem razpoloženju, v minimalnem absetizmu in v tem, da nihče od zaposlenih doslej ni več potreboval psihiatričnega bolnišničnega zdravljenja. Zanimivo je, da so se v večini družin uredili ali vsaj izboljšali prej zelo »konfliktni« odnosi (Kapelj in Smonker 2005: 62).

7.3 Osnovni program Altre

- svetovalnica Altra
- stanovanjske skupine
- Altrina dnevna soba – drop in
- prostovoljno delo v društvu Altra

7.4 Svetovalnica Altra

Svetovalnica je namenjena osebam s težavami v duševnem zdravju: posameznikom po odpustu iz psihiatrične bolnišnice; posameznikom, ki se ambulantno zdravijo; osebam, ki imajo težje duševne stiske in niso nujno akutno psihiatrične narave ter njihovim svojcem.

Njen program vsebuje: svetovanje po telefonu, osebna srečanja s svetovalcem ter možnost vključitve v katero od skupin za samopomoč. Pri metodi načrtovanja podpore svetovalec skupaj z osebo izdelava načrt, ki v različnih fazah usmerja in spodbuja osebo, da prevzame večji nadzor nad svojim življenjem.

Pogoji za vključitev so lastna želja in potreba po reševanju stisk in težav. Prav tako pa se vključitev v program prične na željo uporabnika oziroma uporabnice ter z vzpostavitvijo delovnega odnosa med uporabnikom oziroma uporabnico in strokovnim delavcem.

Storitve svetovalnice so: informiranje in svetovanje, načrtovanje podpore, koordinacija in izvajanje podpore, vodenje skupine za samopomoč (odprta, skupina, zaprta skupina, ženska skupina, skupina po dogovoru), psihosocialno zagovorništvo, poznavanje pravic in možnosti uresničevanja le-teh v sistemu socialnega in zdravstvenega varstva na področju duševnega zdravja, zavedanje in uvid v lastni položaj, prevzemanje odgovornosti za svoje počutje in vedenje, oblikovanje vzorcev obnašanja, ki vodijo k zadovoljujočemu počutju, konstruktivno iskanje rešitev.

Namen svetovalnice je: ponovna vključitev v vsakdanje življenje, oblikovanje pogojev za neodvisno življenje, ugotavljanje potreb, večanje podpore socialne mreže in dvig samozavesti, odprava stigme kot posledica psihiatrične diagnoze in kariere duševnega bolnika, izboljšanje medosebnih odnosov, bivanjskih razmer in psihofizičnega počutja (Altra 2006e).

7.5 Stanovanjske skupine

Prva stanovanjska skupina je bila ustanovljena leta 1991 kot odgovor na stiske in potrebe ljudi, ki jim grozi: kronični hospitalizem, marginalizacija ali izključitev iz okolja v katerem so živeli. Hkrati pa je tudi odgovor na vprašanje kako izboljšati kvaliteto strokovnih storitev in pomoči na področju socialnega varstva.

Delo v stanovanjski skupini izvajajo strokovni delavci, predvsem socialni delavci, psihologi in pa tudi prostovoljci. Njen namen je dvostranski. Po eni strani, kot kažejo izkušnje v državah Evropske unije, narašča potreba po strokovni pomoči pri ljudeh, ki ne zahteva čistega medicinskega modela obravnave. Po drugi strani pa tudi obstoječe medicinske ustanove, ki se soočajo s problematiko kroničnih hospitalizacij ter z motnjami iz socialnopsihološke etiologije, zaznavajo potrebo po stanovanjskih skupinah (kot na primer: uporabnik nima kam iti, ker ga svojci ne marajo, potrebuje občasno pomoč in streho nad glavo).

Program stanovanjskih skupin podpirajo oziroma financirajo: Mestna Občina Ljubljana (Oddelek za zdravstveno in socialno varstvo), Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, FIHO - Fundacija za financiranje invalidskih in humanitarnih organizacij v Republiki Sloveniji in stanovalci sami s svojim prispevkom h kritju stroškov oskrbnega dne.

Namenjene so osebam, ki ne pristajajo na dolgoletno bivanje v psihiatričnih bolnišnicah ali socialnih zavodih, osebam, ki zaradi narave svojih duševnih stisk, bolezni in življenjskih okoliščin ne najdejo druge ustrezne stanovanjske in psihosocialne podpore. V stanovanjskih skupinah izvajajo eksistenčne, terapevtske ter rehabilitacijske programe. Njihov namen je postopno vzpostavljanje življenjskih okoliščin, v katerih bo imel človek resnično zasebnost in možnost za doseg spoštovanja in samospoštovanja. Predlog za vključitev lahko poda kandidat osebno v času uradnih ur, z njegovim soglasjem pa tudi institucije s področja socialnega varstva in skrbstva ter zdravstva. Interesi, pravice in potrebe stanovalcev so vedno prioritete že od začetka postopka vključitve ter tudi v času bivanja v stanovanjski skupini.

Kriteriji za vključitev v program so isti kot za vključitev v Svetovalnico Altra, to je jasno izražena želja in potreba kandidata za to obliko pomoči in izdelan in podpisan dogovor o načinu in poteku rehabilitacijskega programa in strokovnih storitvah, ki jih stanovalec želi. Poleg tega mora imeti kandidat urejeno stalno bivališče v občini ali njeni bližini, kjer stanovanjska skupina obstaja, ter urejeno pokrivanje stroškov. Pomoč pri urejanju plačila stroškov bivanja nudijo strokovni delavci programa v sodelovanju s Centri za socialno delo in občino. Prednost pri vključitvi imajo tisti, ki so evidentirani na čakalni listi programa stanovanjskih skupin.

Vključitev v program pomeni dogovor o postopkih v primeru kriz ali bolezni, dogovor o strokovnem ravnanju osebja in njegovi odgovornosti, odgovornosti stanovalca do sebe in sostanovalcev, denarju, statusu, pravicah, pritožbenih postopkih ter dogovor o načrtu podpore pri nadaljnji karieri stanovalca, osebnostrnega razvoja, rehabilitacijskega procesa. V času vključitve v program se skupaj s stanovalcem izdelata individualni načrt podpore, ki se v času vključenosti v program izvaja. Sklenjeni dogovori se v času bivanja po potrebi spreminjajo, dopolnijo, opustijo. Pri tem je pomembno, da se obe strani dogovora držita in ga izpolnjujeta.

Principi dela v stanovanjskih skupinah so: zagotavljanje življenjskih pogojev bivanja in z njo povezano eksistenco, ki mora biti enaka standardu bivanja širše družbene skupnosti. Med uporabniki psihiatričnih uslug in njihovimi izvajalci se ustvari bolj enakopraven odnos kot v

psihiatrični bolnišnici - tako v procesih odločanja, ki se dotikajo uporabnikovega življenja, zdravljenja, kot tudi v zaščiti in uveljavljanju vseh pravic, ki mu kot posamezniku v družbi pripadajo. Značilno je individualno delo in pristop do vsakega posameznega stanovalca; tu gre za dejstvo, da je vsak stanovalec stanovanjske skupine individuum zase, s svojimi potrebami, željami, življenjskim stilom, biografijo, znanjem, kulturo, življenjskimi navadami in tako dalje, kar je potrebno upoštevati tako pri organizaciji življenja v stanovanjski skupini, kot tudi pri ustvarjanju pogojev za zadovoljevanje osebnih in skupnih interesov (www.ljudmila.org/altra/a_dejav2.html).

Stanovalcem je stanovanjska skupina s svojim osebjem v pomoč pri navezovanju stikov z drugimi v skupnosti, v zvezi z različnimi službami, predstavlja pa lahko tudi most pri vzpostavljanju stikov in prijateljstev.

Hkrati je stanovanjska skupina lahko ovira za njene stanovalce na njihovi poti do samostojnega življenja, saj se: strokovni delavci lahko osredotočajo predvsem na njihove želje in potrebe, nudijo stanovalcem pretirano zavetništvo, opaziti je primanjkljaj modrosti v čustvovanju (resnična pomoč ne terja le dobrega srca, temveč tudi discipliniran in jasno misleč um), potrebna je samokritičnost in kritičnost vzpodbujati tudi pri drugih, poleg tega pa lahko strokovni delavci zaviralno delujejo tudi na način, če dovolijo, da jih stanovalci stanovanjske skupine izkoriščajo.

Danes je v okviru Altre enajst skupin, vseh stanovalcev skupaj pa je približno trideset. Vsaka skupina je zaključena organizacijska enota, s specifično obliko dela, ki je organizirana tako, da zagotavlja vse oblike pomoči, ki jo stanovalci stanovanjske skupine potrebujejo (Altra 2006d).

7.6 Altrina dnevna soba – Drop in center

Namenjena je neformalnemu vsakodnevnemu druženju ter vključevanju v različne dejavnosti, ki vzpodbujajo proces resocializacije, vpliv na napredek v kvaliteti življenja, na razvijanje osebnih in socialnih spretnosti ter vzajemni pomoči med uporabniki, spodbuja učenje in kreativnost, odpravlja posledice hospitalizacije, jemanja zdravil in stigmatizacije.

Dejavnosti tega programa so: rekreacija (plavanje, nogomet, košarka – enkrat tedensko v telovadnici), družabne igre (šah, karte, poslušanje glasbe,...), likovne delavnice, glasbena delavnica, razstave, recitali, ogledi kino in dramskih predstav, celodnevni vodeni izleti po

slovenskem hribovju (vsakih 14 dni), zimski in letni tabori - 7 do 10 dnevni (Kolpa, Velika planina, Pokljuka) ter šiviljski atelje in umetniški atelje.

Namen Altrine dnevne sobe je: izboljšanje medosebnih odnosov, izboljšanje psihofizičnega počutja, druženje uporabnikov, prevzemanje odgovornosti za svoje počutje in vedenje, razvijanje ročnih spretnosti, kreativnosti, razvijanje občutka enakopravnosti, pripadnosti, razbremenitev svojcev, razvijanje socialne mreže, razvijanje medsebojne vzajemnosti (Altra 2006a).

Pri tem je pomembno opozoriti, da si vsi ljudje v duševni stiski, še posebej tisti iz bolj oddaljenih krajev, ki bi sicer želeli sodelovati in se udeleževati vsakodnevno v dnevnikih centrih, zaradi finančne stiske ne zmorejo plačati niti vsakodnevnega prevoza do centra.

7.7 Prostovoljno delo v društvu Altra

Vsak prostovoljec prične s prostovoljnim delom po končanem izobraževanju, kjer se med drugim seznanja s svojimi pravicami in odgovornostmi ter z dolžnostmi in odgovornostmi društva. Vsak prostovoljec ima tudi svojega mentorja, s katerim se redno srečuje, možnost pa ima sodelovati pri individualnih projektih pomoči in pri skupnostnih projektih.

Individualni projekti pomoči se nanašajo na pomoč konkretnemu posamezniku oziroma uporabniku strokovnih storitev v Društvu Altra. Takšna druženja osebam, ki imajo težave v duševnem zdravju, pomagajo pri premagovanju njihove osamljenosti, osamosvajanju in pri zmanjševanju stigme. To konkretno pomeni, da se s prostovoljcem skupaj udeležujeta različnih aktivnosti v prostem času, kot so na primer: igranje šaha, poslušanje glasbe, branje knjig, ogled kino predstave ali drame, učenje interneta, izleti, spremstvo k zdravniku,...

Skupnostni projekti pa zajemajo širše družbene akcije v smislu detabuiziranja norosti, promocije duševnega zdravja, predvsem pa opozarjanje na nemoralne, neetične in nehumane kršitve temeljnih človekovih pravic in svoboščin ter označevanja in izločanja ljudi na podlagi njihove bolezni, prizadetosti ali motnje. Sem tako spada: organiziranje umetniških razstav, predstav in drugih kulturnih prireditev s člani Altre; pomoč pri organizaciji dogodkov ob dnevih kot je 10. oktober – Dan duševnega zdravja; pomoč pri oblikovanju občasnika Altra; oblikovanje in distribucija plakatov in zloženek ter ostalega informativnega materiala; pomoč pri pridobivanju sredstev in ljudi za izvajanje dejavnosti.

Tako pri individualnih kot pri skupnostnih projektih pa je potrebno omeniti, da v njih ne sodelujejo samo prostovoljci ampak tudi strokovnjaki zaposleni v društvu Altra ter zunanji sodelavci.

7.8 Analiza in prihodnost Altre

Nevladne organizacije se pogosto pokažejo za idealen prostor, kjer se lahko razvijajo različni projekti, ki še niso uveljavljeni drugje. To se je zgodilo tudi v Altri, ki je omogočila ustvarjanje različnih novosti na področju duševnega zdravja, predvsem s pomočjo financiranja Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve, nudenja prostorskih možnosti in sprejemljive podpore strokovnjakov. Projekti se dopolnjujejo in razvijajo drug z drugim in eden iz drugega. Nekateri se spremenijo, nekateri prelevijo, nekateri dopolnijo, nekatere pa ukinejo, odvisno od potrebe uporabnikov in njihovega aktiviranja ter glede na senzibilnost in razpoložljivost strokovnjakov in prostovoljcev. Pri tem je pomembno omeniti, da je iz Altre izšlo oziroma našlo okrilje tudi nekaj drugih projektov. Tako sta na primer dva strokovna sodelavca, ki sta svoj projekt razvijala v Altri, kasneje dopolnila koncept in skupaj z drugimi ustanovila novo društvo Šent - Slovensko združenje za duševno zdravje, ki razvija različne projekte za uporabnike psihiatričnih uslug. Prav tako pa je v Altri pa je okrilje našla tudi »Ženska svetovalnica«, ki se je kasneje registrirala kot društvo in našla svoje prostore (www.ljudmila.org/altra/a_dejav2.html).

Poleg osnovnih dejavnosti v okviru Altre delujejo še: servis za realizacijo delovnih, zaposlitvenih in samozaposlitvenih potencialov med uporabniki psihiatrije, Altra je učna baza za študente Visoke šole za socialno delo, ki delo opravljajo strokovno in prostovoljno; v Altri se odvijajo publicistična dejavnost, povezovanje s tujimi in domačimi organizacijami na področju duševnega zdravja, razvoj in podpora novih programov, ki se vključujejo ali dotikajo problematike duševnega zdravja v skupnosti in radijska oddaja na Radiu Študent.

V prihodnosti si želijo vzpostaviti moderno in učinkovito organizacijo, ki bo sposobna koordinirati izvajanje različnih kvalitetnih programov za uporabnike psihiatričnih služb, kot tudi biti nosilec novih idej v širšem družbenem prostoru. Ena pomembnih nalog v prihodnosti vseh, ki delajo v Altri in živijo z njo, pa je, da bi dobili za vse svoje dejavnosti dovolj velik prostor. Sedaj so razpršeni na več lokacijah, in sicer: na Miklošičevi14/II (kjer ima sedež predsedstvo, Altrina dnevna soba – drop in center, Informacijsko zaposlitveni servis,

računovodstvo), na Grablovičevi 28 (kjer je Svetovalnica Altra in Stanovanjske skupine), na Zaloški 40 (kjer je šivalnica in umetniški atelje) in na Prevaljah (stanovanjske skupine).

8. ZAKLJUČEK

Ključni problem s katerim se soočajo ljudje v duševni krizi je ta, da se srečujejo s strahom in predsodki drugih, ki pa pogosto temeljijo na napačni predstavi o duševni bolezni. Stigma povečuje osebno trpljenje, socialno izključenost ter lahko predstavlja oviro za nastanitev in zaposlitev. Znani so primeri, ko je bila oseba samo enkrat v življenju hospitalizirana zaradi duševne bolezni, stigma le-te pa jo je spremljala celo življenje.

Hipotezo, da sta psihiatrična diagnoza in zdravljenje v psihiatrični bolnišnici eden ključnih dejavnikov stigmatizacije, lahko na osnovi znanstvene in strokovne literature, predvsem pa na osnovi izjav ljudi, ki so izkusili hospitalizacijo, potrdimo. Uporabniki psihiatričnih storitev stigmatizacijo občutijo predvsem s tem, da se ljudje pričnejo drugače obnašati do njih po vrnitvi iz bolnišnice, pogosto jim pripišejo določene značilnosti, ki vplivajo na medosebne odnose in socialni status nekdanjega pacienta. Poleg tega je takšen posameznik nenehno opazovan s strani lastne družine, na delovnem mestu – če ga še ima, celo prijatelji se do takšne osebe vedejo pretirano zaščitniško. Posledica vsega tega je, da takšen posameznik izgubi vse cilje v življenju in se prične obnašati v skladu s pričakovanji drugih in se tako sprijazni s stigmatizacijo.

Ljudje v duševni stiski bi si lahko izboljšali svoj položaj, če bi bili bolj aktivni glede spoštovanja svojih pravic. Vendar je to dvorezni meč, ker se ljudje v duševni stiski ne želijo preveč izpostavljati ravno zaradi stigme, po drugi strani pa tudi narava njihove bolezni in jemanje zdravil posledično povzroča večjo pasivnost kot pa aktivnost. To opažajo tudi strokovnjaki in zunanji sodelavci v dnevni centrih. Največjo aktivnost je tako zaznati pri svojcih ljudi v duševni stiski - kot je na primer Odbor svojcev oseb s težavami v duševnem zdravju Slovenije, ki opozarja na to problematiko s konferencami in okroglimi mizami z željo po čimprejšnjem sprejetju Zakona o varstvu oseb s težavami v duševnem zdravju.

Poleg tega bi lahko izboljšali položaj ljudi v duševni stiski tudi s programi destigmatizacije duševnih kriz. Pri izvajanju le-tega je pomembno, da so v ta program vključeni vsi, ki kakor koli sodelujejo z ljudmi v duševni stiski - to so socialne službe, zdravstvo, Zavodi za zaposlovanje, nevladne organizacije na področju duševnega zdravja in duševni kriz, psihiatri, psihologi, predvsem pa je tu pomembno upoštevati uporabnike psihiatrije in njihove svojce.

Kljub temu pa je še vedno opaziti manjko pri sodelovanju med psihiatrično bolnišnico in društvu za pomoč ljudem v duševni stiski. Psihatrija sicer s svojim znanstvenim pristopom

veliko pripomore pri obravnavanju duševnih motenj, hkrati pa s postavitvijo psihiatrične diagnoze povzroči stigmatizacijo.

Pri ljudeh v duševni stiski je z njihove strani opaziti tudi pomanjkanje samospoštovanja in pozitivne samopodobe, prav tako pa je nespoštovanje njihovih pravic opaziti s strani skoraj vseh, ki imajo kakršne koli stike z njimi.

Zato je na tem področju zelo pomembno delo nevladnih organizacij, katerih načelo temelji na potrebah uporabnikov. Tako je izrednega pomena tudi delovanje društva Altra, kjer se zavedajo, da nimajo vseh dokončnih odgovorov na življenjske probleme, ampak skušajo osebi v stiski pomagati, in jo razumeti na način kakor le-ta doživlja sebe, ne da bi jo skušali spreminjati in jo iztrgati iz vsakdanjih vezi.

Zato lahko upamo na čimprejšnje sprejetje zakona o duševnem zdravju v Sloveniji, ki bo odpravil čim več pomanjkljivosti glede obravnave ljudi v duševni stiski ter jim omogočil uspešnejšo reintegracijo nazaj v družbo. Vplival bo lahko na zmanjševanje stigmatizacije in vsaj v osnovi zagotovil pogoje za človeka dostojno življenje.

9. LITERATURA IN VIRI

9.1 Literatura

Ainlay S.C., Becker Coleman L.M. – ur. (1986): *The Dilemma of Difference* v Ule, Nastran Mirjana – ur. (1999): *Predsodki in diskriminacije*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.

Altra – Odbor za novosti v duševnem zdravju (2006a): *Altrina dnevna soba – drop in*. Ljubljana: Altra zloženka.

Altra – Odbor za novosti v duševnem zdravju (2006b): *Delovna in socialna vključenost*. Ljubljana: Altra zloženka.

Altra – Odbor za novosti v duševnem zdravju (2006c): *Prostovoljno delo v društvu Altra*. Ljubljana: Altra zloženka.

Altra – Odbor za novosti v duševnem zdravju (2006d): *Stanovanjske skupine*. Ljubljana: Altra zloženka.

Altra – Odbor za novosti v duševnem zdravju (2006e): *Svetovalnica Altra*. Ljubljana: Altra zloženka.

Campbell, Peter (1995): *Getting started / Kako začeti: priročnik z nasveti za uporabnike služb duševnega zdravja pri ustanavljanju in vključevanju v skupine samopomoči*. Maribor: Ozara.

Davidovič Primožič, Biserka (2005): *Zdravstveno varstvo ogroženih skupin prebivalstva*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje. Sektor za zdravstveno varstvo ogroženih skupin prebivalstva.

Foucault, Michel (1998): *Zgodovina norosti v času klasicizma*. Ljubljana: Rdeča zbirka.

Flaker, Vito in Mojca Urek (1988): *Hrastovski anali za leto 1987*. Ljubljana: Republiška konferenca ZSM Slovenije in Center za mladinsko prostovoljno delo.

Flaker, Vito (1998): *Odpiranje norosti. Vzpon in padec totalnih ustanov*. Ljubljana: Oranžna Zbirka.

Goffman, Erving (1968): *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. New York: A touchstone book. Rockefeller Center.

Haralambos, Michael in Martin Holborn (1999): *Sociologija, teme in pogledi*. Ljubljana: DZS.

Johnson, Alan G. (2000): *The Blackwell Dictionary of Sociology, second edition*. Oxford: Blackwell Publishers.

Kapelj, Marinka in Tea Smonker (2005): *Skupnostna skrb na področju duševnega zdravja na Krasu*. Sežana: Društvo za duševno zdravje in kreativno preživljanje prostega časa Vezi.

Lamovec, Tanja (1995): *Ko rešitev postane problem in zdravilo postane strup*. Ljubljana: Lumi.

Lamovec, Tanja (1998): *Psihosocialna pomoč v duševni stiski*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.

Lamovec, Tanja (1999): *Kako misliti drugačnost*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo

Marcel, Mauss/ Levi-Strauss, Claude (1996): *Esej o daru in drugi spisi / Uvod v delo Marcela Maussa*. Ljubljana: ŠKUC: Znanstveni inštitut Filozofske fakultete. Studia Humanitatis.

Rosenhan, David (1991): *Zdravi v bolnem okolju*, 115–137. Ljubljana: Časopis za kritiko znanosti.

Rovatti, Pier Aldo (2004): *Norost, v nekaj besedah*. Trst: ZTT EST.

Szazs, S. Thomas (1982): *Proizvodnja ludila*. Zagreb: Grafički zavod Hrvatske, OOUR Izdavačka djelatnost.

Širaj Mažgon, Klavdija (2006): *Model socialne službe v psihiatrični bolnišnici*. Magistrsko delo. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Švab, Vesna (1996): *Duševna bolezen v skupnosti*. Radovljica: Didakta.

Švab, Vesna (2006): *Priročnik o shizofreniji*. Radovljica: Didakta. Ljubljana: ŠENT.

Ule Nastran, Mirjana (2000): *Temelji socialne psihologije*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.

Zaviršek, Darja, Jelka Zorn in Petra Videmšek (2002): *Inovativne metode v socialnem delu. Opolnomočenje ljudi, ki potrebujejo podporo za samostojno življenje*. Ljubljana: Študentska založba.

9.2 Medmrežje in ostali viri

Altra – Odbor za novosti v duševnem zdravju (2006): *Altra – Odbor za novosti v duševnem zdravju*. Dostopno na <http://www.ljudmila.org/altra> (10. maj 2006).

Deklaracija o duševnem zdravju za Evropo – Soočanje z izzivi, iskanje rešitev, sprejeta na Helsinkih, Finska 12–15. januar 2005. Dostopno na http://www.sent-si.org/contentfiles/20-02-06/Deklaracija_prevod.doc (17. april 2006).

Depra (2007): *Depra*. Dostopno na <http://www.depra.si> (27. marec 2007).

Mihič, Tina in Blažena Kovanovič (2006): *Spremembe v življenju po izkušnji hospitalizacije, Ugotavljanje potreb po strokovnih storitvah za ljudi s težavami v duševnem zdravju*. Dostopno na http://www.fsd.si/blmesec/%C5%A0TUDIJSKA%20GRADIVA/Primeri%20raziskovalnih%20analog%20%C5%A1tudentov/Skripta%20PRIMERI%20RAZISKOVALNIH%20NALOG%20%C5%A0TUDENTOV/03_Vsebina.doc (17. april 2006).

Pravilnik prostovoljnega dela (2006). Dostopno na <http://www.prostovoljstvo.org> (18. maj 2006).

Rosenhan, David (1973): *On being sane in insane places*. California: Science. Dostopno na <http://www.sciencemag.org/cgi/content/abstract/179/4070/250> (31. marec 2007).

Šent - slovensko združenje za duševno zdravje (2006): *Šent - slovensko združenje za duševno zdravje*. Dostopno na <http://www.sent-si.org/> (15. april 2006).

Zelena knjiga – Izboljšanje duševnega zdravja prebivalstva. Pot k strategiji na

področju duševnega zdravja za Evropsko unijo. Sprejeta v Bruslju 14. oktober 2005.
Dostopno na http://www.sent-si.org/contentfiles/19-01-06/mental_gp_sl.pdf (17. april 2006).