

UNIVERZA V LJUBLJANI  
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Emanuela Fabijan

**Psihiatrična bolnišnica kot totalna ustanova: politike in prakse institucionalizacije,  
uspoljenosti in upora**

Magistrsko delo

Ljubljana, 2015

UNIVERZA V LJUBLJANI  
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Emanuela Fabijan

Mentorica: doc. dr. Mojca Pajnik  
Somentorica: red. prof. dr. Darja Zaviršek

**Psihiatrična bolnišnica kot totalna ustanova: politike in prakse institucionalizacije,  
uspoljenosti in upora**

Magistrsko delo

Ljubljana, 2015

*Tatu in mami*

## **Psihiatrična bolnišnica kot totalna ustanova: politike in prakse institucionalizacije, uspoljenosti in upora**

Dominanta pričujočega dela zaobjema problematizacijo zapiranja oseb v psihiatrične bolnišnice, ki reproducirajo kroničnost in posledično invalidnost ter še danes predstavljajo prostor stigme *non plus ultra*, saj je hospitalizacija v psihiatrični bolnišnici že skozi historični kontekst tesno v korelaciji z izključevanjem »drugih«. Psihiatrična bolnišnica je obravnavana v sklopu totalnih ustanov, pri čemer se njihova totalnost kaže v vseobsegajoči oziroma totalni obravnavi varovancev in varovank, kar se nanaša na konstruiranje dneva z ozirom na njihov čas in dejavnosti. Varovanci in varovanke so izločeni iz širše družbe za (ne)določeno časovno obdobje in živijo formalno organizirano oziroma s strani avtoritet vodeno življenje. Raziskava magistrskega dela, poleg percepcij glede institucionalizacije s strani intervjuvancev in intervjuvank z izkušnjo hospitalizacije v psihiatrični bolnišnici, obravnava tudi vpliv hospitalizacije osebe v psihiatrični bolnišnici na njeno identiteto, manifestacije spola znotraj psihiatrične bolnišnice in psihiatrije nasploh ter prakse dezinstitutionalizacije. Tržaški proces dezinstitutionalizacije je izpostavljen kot primer dobre prakse, pri čemer se refleksija geneze tega procesa v Trstu osredotoča na pričevanje enega izmed reformatorjev italijanskega sistema obravnave oseb z motnjo v duševnem zdravju Peppeja Dell'Acque, s katerim je bil opravljen intervju. Izbrana metodologija vključuje torej poglobljene intervjuje z osebami z osebno izkušnjo hospitalizacije v največji psihiatrični bolnišnici v Sloveniji – *Psihiatrični kliniki Ljubljana* ter etnografsko raziskovanje v omenjeni psihiatrični bolnišnici.

Ključne besede: totalna ustanova, psihiatrična bolnišnica, osebe z motnjo v duševnem zdravju, institucionalizacija, dezinstitutionalizacija.

## **Psychiatric hospital as a total institution: policies and practices of institutionalization, engenderization, and resistance**

The dominant feature of the present work encompasses the problematization of closing people in psychiatric hospitals, which reproduce chronification and consequently disability, and which still represent a place of stigma *non plus ultra* today, since hospitalization in a psychiatric hospital is already through the historical context closely correlated with the exclusion of »others«. A psychiatric hospital is discussed within the context of total institutions, wherein their totality is reflected in integral or total handling of inmates, which refers to the planning of inmates' days in consideration with their time and activities. The inmates are excluded from a broader society for a(n) (un) certain period of time and live a formally organized life, or a life run by the authorities. The research of the master's thesis, in addition to the perception of institutionalization by the interviewees who have experienced hospitalization in a psychiatric hospital, also considers the impact of a person's hospitalization in a psychiatric hospital on his/her identity, manifestations of gender within a psychiatric hospital, and psychiatry in general, as well as practices of deinstitutionalization. The Trieste process of deinstitutionalization is set out as an example of good practice, wherein the reflection of this process' genesis in Trieste focuses on a testimony of one of the reformers of the Italian system for treating people with mental disorder, Peppe Dell'Acqua, with whom an interview has been done. The chosen methodology therefore involves in-depth interviews with people that have a personal experience with hospitalization at the largest psychiatric hospital in Slovenia, *Psychiatric Clinic Ljubljana*, and ethnographic research in this psychiatric hospital.

Keywords: total institution, psychiatric hospital, people with mental disorder, institutionalization, deinstitutionalization.

## KAZALO VSEBINE

KAZALO TABEL.....	6
KAZALO SLIK.....	6
1 UVOD .....	7
2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA .....	10
3 INSTITUCIONALIZACIJA SKOZI HISTORIČNI PREGLED.....	14
4 DRUŽBENI POMEN BOLEZNI IN STIGMATIZACIJA OSEB Z MOTNJO V DUŠEVNEM ZDRAVJU .....	20
5 DISKURZIVNOST SPOLA ZNOTRAJ PSIHIATRIČNIH BOLNIŠNIC .....	23
5.1 STEREOTIPIZACIJA SPOLA .....	23
5.2 PATRIARHALNI VZORCI V MEDICINI .....	25
5.3 ŽENSKÉ – BOLNI SPOL? .....	26
5.4 USPOLJENE INSTITUCIJE.....	29
5.5 DELITEV SPOLA V PSIHIATRIČNIH BOLNIŠNICAH.....	31
6 PREMİK IZ TOTALNE USTANOVE IN DEZINSTITUCIONALIZACIJA .....	33
6.1 PRIMER TRŽAŠKEGA PROCESA DEZINSTITUCIONALIZACIJE .....	36
6.2 PROCES DEZINSTITUCIONALIZACIJE V SLOVENIJI .....	41
7 OPIS METODOLOGIJE IN VZORCA .....	47
8 ANALIZA INTERVJUJEV .....	52
8.1 DOJEMANJE INSTITUCIONALIZACIJE S STRANI OSEB Z IZKUŠNJO HOSPITALIZACIJE V PSIHIATRIČNI BOLNIŠNICI ter ZNAČILNOSTI OBRAVNAVANE TOTALNE USTANOVE .....	55
8.2 VPLIV HOSPITALIZACIJE V PSIHIATRIČNI BOLNIŠNICI NA IDENTITETO OSEBE.....	87
8.3 MANIFESTACIJA SPOLA V PSIHIATRIČNI BOLNIŠNICI PK LJUBLJANA .....	100
8.4 PRAKSE DEZINSTITUCIONALIZACIJE IN UČINKI BIVANJA V STANOVANJSKI SKUPINI NA OSEBE Z MOTNJO V DUŠEVNEM ZDRAVJU .....	111

9 ETNOGRAFSKA RAZISKAVA in INTERVJUJI V PSIHIATRIČNI KLINIKI LJUBLJANA.....	119
10 SKLEP.....	139
11 LITERATURA.....	141
PRILOGE.....	148
PRILOGA A: ODGOVORI PSIHIATRIČNIH BOLNIŠNIC NA MOJO PROŠNJO O RAZISKOVANJU .....	148
PRILOGA B: VPRAŠANJA ZA INTERVJUVANCE in INTERVJUVANKE, KI BIVAJO V STANOVANJSKI SKUPINI ZDRUŽENJA ŠENT .....	156
PRILOGA C: VPRAŠANJA ZA INTERVJUVANCE in INTERVJUVANKE, KI SO BILI V ČASU MOJEGA RAZISKOVANJA HOSPITALIZIRANI V PK LJUBLJANA .....	157

## **KAZALO TABEL**

Tabela 6.1: Število bolnišničnih obravnav zaradi motenj v duševnem zdravju za oba spola skupaj za starostno skupino od 20 do 64 let za leto 2010 in število dni bolnišničnih obravnav za isto skupino za oba spola skupaj.....	42
--	----

Tabela 6.2: Izvajalci storitev v skupnosti in število teh storitev v Sloveniji.....	46
---	----

## **KAZALO SLIK**

Slika 6.1: Pokritost Slovenije s programi nevladnih organizacij na področju duševnega zdravja (stanovanjske skupine, dnevni centri, pisarne za informiranje in svetovanje) .....	45
--	----

Slika 9.1: Kompleks <i>PK Ljubljana</i> .....	119
---	-----

# 1 UVOD

Elementarnost pričujočega dela predstavlja problematizacija zapiranja v psihiatrične bolnišnice, ki spadajo v okvir totalnih ustanov, znotraj katerih so varovanci in varovanke izolirani/-e od zunanjega sveta, trajnih stikov oziroma vezi z njihovo socialno mrežo. Pojem totalne ustanove Ervinga Goffmana (1991) temelji na značilnostih delovanja različnih institucij, ki zajemajo organizacijo življenja oseb ter vseh njihovih potreb in dejavnosti. Med tovrstne ustanove prišteva psihiatrične bolnišnice, samostane, domove za starejše, sirotišnice, zapore, vojašnice, koncentracijska taborišča in druge. Totalna ustanova predstavlja kraj, kjer biva in (običajno) dela večje število posameznikov in posameznic, izločenih iz širše družbe za (ne)določeno časovno obdobje, ki živi formalno organizirano oziroma s strani avtoritet vodeno življenje. Znotraj totalnih ustanov obstajajo napisane in nenapisane regulative dnevne rutine, ki na način vseobsegajoče, celostne oziroma totalne obravnave konstruirajo časovno razporeditev dneva in dejavnosti varovancev in varovank. V magistrskem delu bo, poleg Goffmanove (1991) analize totalne ustanove, ki temelji na človeških interakcijah in obravnavi identitete v ustanovi, pozornost namenjena tudi Foucaultovem (1998) pojmovanju totalne ustanove, ki jo preučuje z vidika oblastnih in vednostnih struktur, Castelovi (1976) obravnavi delovanja družbenih ustanov ter Flakerjevi (1998) razčlembi problematičnosti institucionalizacije. Začetna obravnava bo namenjena historičnemu pregledu institucionalizacije in diferenciranemu dojetanju norosti skozi različna zgodovinska obdobja. Tu gre izpostaviti naslednja razmisleka: odraz česa je vpeljava korelacije med zapiranjem in norostjo? Kateri dejavniki so botrovali vzpostavitvi določene percepcije norosti? Pascal (v Foucault in Derrida 1990, 15) pravi, da »o norosti ne moremo govoriti drugače kot v razmerju do tiste 'druge oblike norosti', ki ljudem omogoča, da 'niso nori', se pravi v razmerju do uma«. Gre torej za konstrukcijo binarne klasifikacije na ravni nor-nenor, kjer imajo »nenori« oblast in pravico odločanja nad norostjo. Vzpostavljanje in ohranjanje razdalje med norostjo in razumom predstavlja predmet družbene konstrukcije, saj bi pripadanje razumnosti izgubilo svojo funkcijo integracije brez praks izključevanja »drugih«, norih.

Delovanje totalnih ustanov temelji na implementaciji dveh praks, prva vključuje omenjeno binarno delitev in zaznamovanje v smislu nor-nenor, normalen-nenormalen, druga pa prisilno delovanje in diferencirano razdelitev glede na to, kaj nekdo je, kje mora biti, katere so njegove/njene karakteristike, po čem ga/jo prepoznamo, kako naj ga/jo nenehno opazujemo (Flaker 1998, 148). Kategorizacija motenj v duševnem zdravju predstavlja produkt

vzpostavitev distinkcije med zdravimi in bolnimi, kar obravnava tudi Foucault (1998, 6), ki analizira razliko med zdravo osebo oziroma »človekom razuma« ter med »človekom norosti«. Ta se pogovarja z drugim samo še z vključevanjem razuma, ki ga predstavlja red, fizična in moralna prisila, anonimni pritisk skupine ter zahteva po prilagoditvi. Na razlikovanje oziroma obravnavanje norosti kot partikularne opozarja tudi Renata Salecl (1992, 218), in sicer v okviru pravne perspektive, saj zagovarja stališče, da na eni strani obstaja univerzalni subjekt prava, subjekt, na katerem temelji ideja o človekovih pravicah, na drugi strani pa navidezna partikularnost – zločin in norost –, ki ni vključena v to univerzalnost. Partikularnost osebe z oznako motnje v duševnem zdravju je izpostavljena pogledu družbe, kar je povezano tudi s stigmatizacijo motenj v duševnem zdravju, še bolj pa je partikularnost osebe z motnjo v duševnem zdravju izpostavljena v primeru njene hospitalizacije v psihiatrični bolnišnici. Stigma sproža pojav tako imenovanega »pozornega pogleda« s strani ljudi, ki iščejo znake norosti ali druge deviantnosti pri osebi z motnjo v duševnem zdravju (Flaker 1998, 151).

V obravnavi vpliva psihiatrične bolnišnice kot družbenega mehanizma na sooblikovanje identitete osebe tekom njene hospitalizacije v psihiatrični bolnišnici bodo zaobjete paralele s prakso stigmatizacije obravnavane marginalizirane skupine, in sicer oseb z motnjo v duševnem zdravju. Hospitalizacija v psihiatrični bolnišnici je že skozi historični kontekst tesno povezana s stigmatizacijo, psihiatrične bolnišnice pa predstavljajo idealno-tipski primer izključevanja »drugih«. Predpostavke teorije družbe nadzora zadevajo delovanje psihiatričnih bolnišnic, ki temelji na principu obrambe dominantnega družbenega reda oziroma zaščite pred motnjami v sistemu ter Benthamovega (1995) *Panoptikuma*, po katerem institucija izvaja nadzor nad zaprtimi, ki so izpostavljeni vidnosti v slehernem trenutku. Problematizacija institucionalizacije v totalnih ustanovah predstavlja predmet delovanja številnih aktivističnih iniciativ, ki so se udeležile tudi v praksah dezinstitutionalizacije. Obsojanje vsestranske diferenciacije, stigmatizacije oziroma procesa zapiranja, odpravljanja totalnih ustanov se je v svetovnem merilu začelo odvijati že med drugo svetovno vojno oziroma takoj po njej, k čemur so prispevale izkušnje z različnimi sistemskimi oblikami zapiranja tekom vojne. Prišlo je do oblikovanja zavesti o etični neustreznosti zapiranja oziroma do delovanja v smeri dezinstitutionalizacije, ki naj bi ponudila učinkovitejšo alternativo pri obravnavanju oseb z motnjo v duševnem zdravju. Vzpostavljane države blaginje je ponudilo tovrstno alternativo za pomoč osebam z motnjo v duševnem zdravju zunaj delovanja zavodov, in sicer obravnavo v skupnosti. Po mnenju zagovornikov dezinstitutionalizacije psihiatrične bolnišnice z zapiranjem oseb z motnjo v duševnem zdravju kratijo njihove človekove pravice, predvsem pravice do prostosti, osebne dignitete in zasebnosti (Flaker 1998, 6). »Stranske učinke«



institucionalizacije oseb z motnjo v duševnem zdravju predstavlja njihova povečana distinkcija od populacije oziroma segregacija, pasivizacija ter porast vtisa deviantnosti. Na segregacijo oseb z motnjo v duševnem zdravju opozarjajo številni aktivistični pristopi, ki so se udeležili v obliki gibanj v tujini in tudi v Sloveniji, kamor sodi tudi iniciativa *Iz-hod*. Pobude omenjenih gibanj temeljijo na opolnomočenju te marginalizirane družbene skupine, odpravi klasičnega zaprtega sistema psihiatričnih bolnišnic ter vključevanju v skupnost.

Pozornost bo namenjena tudi praksam manifestacije spola znotraj psihiatričnih bolnišnic, ki bi jih lahko prištevali med uspoljene institucije, glede na argumentacijo, po kateri se institucijo dojema kot uspoljeno v primeru, da je »spol prisoten v procesih, praksah, podobah, ideoloških aspektih in distribuciji moči« (Acker v Wharton 2005, 65). Javne ustanove s svojim načinom manifestacije spola znotraj le-teh, kot so na primer bolnišnice in šole, pričajo o prisotnosti makrodružbenih vzorcev, ki se ohranjajo s potrjevanjem določene percepcije spola na dnevni ravni. Začetna obravnava bo namenjena definicijam spola, ena izmed njih predpostavlja obstoj določene entitete prek definiranja nasprotne entitete ter na ta način vzpostavljanje subjekta in objekta (Beauvoir 2013b, 15). Razprava bo poskušala zaobjeti klasifikacijo biološkega in družbenega spola ter razlike med njima, v nadaljevanju pa bo predstavljen historični kontekst patriarhalnih vzorcev, ki so se pojavljali v medicini in potemtakem tudi v psihiatriji. Omenjeni kontekst bo služil kot referenčni okvir za prevpraševanje percepcije »zdravega moškega« in »zdrave ženske« ter njunega medsebojnega odnosa. Skozi večplastnost družbeno normiranih konceptov zdravja bodo obravnavani diskurzi emocionalnosti, šibkosti ter pasivnosti žensk, ki reflektirajo stanje družbe v določenem času in prostoru. Indoktrinacija tovrstnih diskurzov se kaže v pojmovanju »ženskega sindroma« (Füsenhäuser in Stump 1995) oziroma percipiranju žensk kot »bolnega spola«, kar je podprto s statistični podatki, ki kažejo višje število hospitalizacij, več izdanih receptov za psihofarmake ter obiskov ambulantnih psihiatričnih služb s strani žensk v zahodnih državah. Prvotni načrt raziskovanja znotraj prostorov psihiatrične bolnišnice se ni izšel zaradi zaprtosti psihiatričnih bolnišnic *non plus ultra*, saj so bile moje prošnje za raziskovanje zavrnjene s strani vodstev vseh psihiatričnih bolnišnic v Sloveniji. Posledično je bilo potrebno raziskovanje prilagoditi omenjenim razmeram; le-to je bilo potem opravljeno v javnih prostorih v okolici in nekaterih prostorih *Psihiatrične klinike Ljubljana*<sup>1</sup>.

Raziskava pričujočega magistrskega dela temelji na analizi videnja institucionalizacije s strani intervjuvancev in intervjuvank; obravnava vpliva hospitalizacije osebe v psihiatrični bolnišnici

---

<sup>1</sup> V nadaljevanju bo za *Psihiatrično kliniko Ljubljana* uporabljena okrajšava *PK Ljubljana*.

na njeno identiteto; praksah dezinstucionalizacije in učinkih stanovanjskih skupin na osebe z motnjo v duševnem zdravju; preučevanju praks manifestacij spola znotraj omenjene psihiatrične bolnišnice in morebitnih razlik med ženskimi in moškimi oddelki ter obravnavi razlik med oddelki psihiatrične bolnišnice. Raziskava vključuje pet intervjujev s hospitaliziranimi v *PK Ljubljana*, ki so bili izvedeni pod pogojem privoljenja vsakega posameznika in posameznice. Poleg etnografskega pristopa raziskovanja v *PK Ljubljana* ter intervjujev s hospitaliziranimi v *PK Ljubljana* so bili opravljeni štiri intervjuji z uporabniki in uporabnicami storitev *Slovenskega združenja za duševno zdravje ŠENT* v Ljubljani, ki so vključeni v program stanovanjskih skupin.

## 2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Magistrska naloga temelji na iskanju odgovorov na naslednja raziskovalna vprašanja:

Raziskovalno vprašanje 1: **Kakšno je dojemanje institucionalizacije s strani intervjuvanih z izkušnjo hospitalizacije v obravnavani totalni ustanovi ter katere značilnosti totalnih ustanov veljajo za preučevano ustanovo?**

Preverjali bomo, ali se videnja oseb z izkušnjo hospitalizacije v psihiatrični bolnišnici skladajo s teoretskimi in empiričnimi dognanji avtorjev, katerih delo je signifikatno zaznamovalo področje duševnega zdravja. Analiza bo usmerjena v preučevanje percepcij glede institucionalizacije intervjuvanih z izkušnjo hospitalizacije v psihiatrični bolnišnici. Na podlagi izsledkov analize intervjujev bodo predstavljene značilnosti dotične ustanove glede na teoretska izhodišča, po katerih velja totalna ustanova za idealni tip (Goffman 1991, 15–17), kjer nobena od totalnih ustanov ne poseduje vseh značilnosti totalne ustanove in nobena od značilnosti totalnih ustanov ni značilna samo zanje. Totalnost ustanove simbolizirajo tudi ovire med tovrstno ustanovo in zunanjim svetom, in sicer fizična ločenost z zidovi, gozdovi, bodečo žico. Totalna ustanova predstavlja družbeno dejstvo, ki ga je mogoče opisati oziroma analizirati njegovo strukturo. Ta struktura je izkustvene narave, saj jo izkusimo takoj ob vstopu v totalno ustanovo, prav zaradi diferenciacije med vsakdanjim, »normalnim« življenjem in delovanjem totalne ustanove. Med bistvene značilnosti le-teh spadajo torej totalnost oziroma vseobsegajoča ideologija, ki natančno določa preživeti čas znotraj totalne ustanove, zapora prostora, kolektivnost, enoten označevalni režim, razcep na osebe in

varovance, skrbniška oblast, procesiranje ljudi, načrt delovanja, kaznovanje in nagrajevanje ter druge. Pogled na tovrstne aspekte institucionalizacije s strani oseb z izkušnjo hospitalizacije v psihiatrični bolnišnici bomo ugotavljali na podlagi analize opravljenih poglobljenih intervjujev z nekaterimi od njih. Izsledke analize intervjujev bomo presojali v odnosu do dognanj Goffmana, Foucaulta, Castela in Flakerja ter tako poskušali odgovoriti na zgoraj navedeno raziskovalno vprašanje.

**Raziskovalno vprašanje 2: Na kakšen način psihiatrična bolnišnica kot družbeni mehanizem vpliva na sooblikovanje identitete osebe, ko ta postane del institucionalnega sistema totalne ustanove?**

Goffman (1991, 24) v okviru obravnave totalne ustanove poda analizo družbenega mehanizma kot tudi analizo formiranja identitete osebe znotraj totalne ustanove. Vstop v ustanovo pomeni za novinca in novinko izločitev iz družbenega okolja, ki mu/ji je do hospitalizacije v psihiatrični bolnišnici omogočalo samopojmovanje, do česar prihaja prek degradacij in profanacij. Znotraj ustanove prihaja do razlastitve vlog osebe, ki jih je prevzemala pred prihodom v totalno ustanovo. Ne gre izpostavljati samo neposrednih napadov na identiteto, občutenja in pojmovanja sebe, ampak predvsem prikrite posredne napade, ki transformirajo simbolni pomen dogodkov med navzočnostjo varovanca oziroma varovanke<sup>2</sup> na način, ki ne omogoča skladnosti z njegovim/njenim samopojmovanjem pred vstopom v ustanovo (Goffman 1991). Psihiatrična obravnava vključuje dopovedovanje osebi, »da se bo, če bo sprejela pravo usmeritev (katero, je odvisno od tega, kdo govori), sprijaznila sama s sabo in postala celovit človek; postala bo odrasla z dostojanstvom in spoštovanjem do same sebe« (Goffman 2008, 109). Sprejemanje te »prave« usmeritve pomeni sprejemanje ponujenega jaza, ta jaz pa predstavlja tujek, ki prevzame vlogo osebe kot individuuma, ki govori v svojem imenu. Empirično preverjanje sooblikovanja identitete osebe tekom hospitalizacije v institucionalnem sistemu psihiatrične bolnišnice bo potekalo prek implementacije kvalitativne metode poglobljenih intervjujev z osebami z izkušnjo hospitalizacije v psihiatrični bolnišnici, ki bivajo v stanovanjski skupini v okviru združenja *ŠENT* ter s hospitaliziranimi v *PK Ljubljana*.

Predmet raziskovalnega dela bodo predstavljale tudi prakse upora proti institucionalizaciji oseb z motnjo v duševnem zdravju, iz tega razloga je smiselno raziskati različne ukrepe, ki jih

---

<sup>2</sup> Flaker prevaja termin »*inmate*« kot varovanec/varovanka, ker ta prevod najbolj ustreza vsebini Goffmanovega dela Azili.

ponujajo prakse dezinstucionalizacije, ter predstaviti učinke dezinstucionalizacije na osebe z motnjo v duševnem zdravju.

### Raziskovalno vprašanje 3: **Na kakšne načine psihiatrična bolnišnica nagovarja vprašanje spola?**

Pri iskanju odgovora na zastavljeno raziskovalno vprašanje je potrebno analizirati medsebojne odnose na mikro ravni, ki vključuje medosebna videnja spola, ter na makro ravni, kamor sodijo institucionalna dojetanja spola. Določena percepcija spola se vzdržuje prek kompleksnega sistema družbenih institucij, ki deluje vzajemno s širšimi družbenimi strukturami in vpliva na prepričanja posameznika in posameznice (DeFrancisco in Palczewski 2007, 141). Institucije predstavljajo kompleksno presečišče ljudi, praks, prepričanj in organizacijskih struktur. Če želimo identificirati komunikacijske prakse, ki ohranjajo določeno videnje in norme spola, saj norme pogosto narekujejo diferencirano obravnavo glede na posamezni spol, je potrebno raziskati, kako institucije ohranjajo določeno dojetanje spola. Družbene institucije se ustanovljajo in ohranjajo s strani dominantnih družbenih skupin znotraj zgodovinskih, kulturnih in političnih okolij. Institucije kot take pomagajo ohranjati vrednote, ideologijo in pogled na svet dominantnih družbenih skupin. Institucije s komuniciranjem dominantnega diskurza potrjujejo in vzdržujejo kulturno hegemonijo, ki predstavlja proces, prek katerega interesi dominantnih skupin postanejo dominantni z uveljavljanjem njihovih prepričanj kot zdravorazumskih (DeFrancisco in Palczewski 2007, 144). Eno ključnih orodij pri delovanju družbenih institucij predstavlja kulturna ideologija, ki je najmanj očitna in se nanaša na ideje, vrednote, prepričanja, percepcije in razumevanja, ki so pripadnikom družbe poznani in vodijo njihova vedenja. Gramscijev (1987) koncept hegemonije oziroma vladajoče ideologije temelji na predpostavki družbenega nadzora, ki je dosežen primarno prek nadzora idej, kar poteka tudi prek spodbujanja ljudi k dojetanju določene ideje kot zdravorazumske. S sledenjem kulturnim normam, ki vodijo vedenja, pripadniki družbe potrjujejo in ohranjajo vladajočo ideologijo. Družbene institucije torej delujejo kot orodja kulturne ideologije, tako ideologija kot družbene institucije pa se medsebojno podpirajo.

Uspoljene institucije predpostavljajo vključenost spola v procesih, praksah, podobah, ideoloških aspektih in distribuciji moči na različnih področjih družbenega življenja (Wharton 2012). Pri preučevanju načinov, kako institucije, kot so psihiatrične bolnišnice, razumejo spol, je bistvenega pomena prepoznavanje določenih vzorcev delovanja tovrstnih institucij, kar bo

predstavljalo predmet raziskovanja pričujočega dela. Na omenjeno raziskovalno vprašanje bomo iskali odgovore s pomočjo metode etnografskega raziskovanja v *PK Ljubljana*, pri čemer bosta pregled delovanja institucije ter analiza poglobljenih intervjujev z osebami z izkušnjo hospitalizacije pripomogla k analizi manifestacij spola znotraj omenjene psihiatrične bolnišnice.

#### Raziskovalno vprašanje 4: **Kakšne so prakse dezinstucionalizacije in učinki bivanja v stanovanjski skupini na osebe z motnjo v duševnem zdravju v primerjavi z učinki institucionaliziranih praks?**

Dezinstucionalizacija se manifestira v zmanjševanju obsega totalnih ustanov in vzpostavljanju skupnostnih služb. Iz utopije v 60. letih se je razvila v uradno sprejeto politiko večine razvitih držav (Flaker 1998, 249). Dezinstucionalizacija temelji na problematizaciji institucionalizacije znotraj totalnih ustanov oziroma oponiranju zapiranj, prav tako pa zadeva sistemsko odpravo onemogočanja gibanja ter vzpostavljanje in izboljševanje sistema skupnostne obravnave. Gre torej za delovanje v smeri »rušenja« jedra institucionalizacije, pri čemer je potrebna problematizacija vseh oblik, ki predstavljajo relikv azila in, ki delujejo na temeljih inferiornosti varovancev in varovank. Potrebno je torej opolnomočenje in izboljšanje družbene moči varovancev in varovank, participacija z deležniki, kot so znanost, umetnost in ostali, ter transformacija skrbniške v zagovorniško vlogo, ki ne temelji na kratenju pravic varovancev in varovank ali krepitvi položaja stroke, ampak na benevolentni uporabi pooblastil v korist osebe z motnjo v duševnem zdravju. Skupnostna obravnava temelji tudi na participaciji socialne mreže osebe z motnjo v duševnem zdravju, torej sorodnikov, prijateljev, okolice, predvsem pa drugih uporabnikov. Aktivna vloga uporabnika/-ce je ključnega pomena dezinstucionalizacijskega mehanizma, poleg tega pa vnašanje izkušnje uporabnika/-ce v »novi« sistemski obliki v vsakdanjo izkušnjo drugih ljudi (Flaker 1998, 251–252). Do odgovora na zastavljeno raziskovalno vprašanje bomo prišli prek izsledkov analize poglobljenih intervjujev z osebami z izkušnjo hospitalizacije v psihiatrični bolnišnici, ki bivajo v stanovanjski skupini prek združenja *ŠENT* ter s hospitaliziranimi v *PK Ljubljana*. Na ugotovitvah omenjene analize bo temeljila tudi primerjava učinkov institucionalizacije ter obravnave v skupnosti na intervjuvance in intervjuvanke. Opravljen bo tudi intervju s psihiatrom, upokojenim profesorjem socialne psihiatrije s *Fakultete za psihologijo Univerze v Trstu* ter enim izmed reformatorjev italijanskega sistema obravnave oseb z motnjo v duševnem zdravju – Peppejem Dell'Acquo, ki je začel svojo profesionalno pot na tem

področju v času ključnega reformatorja sistema psihiatrične obravnave v Italiji Franca Basaglie ter sodeloval z njim pri transformaciji sistema psihiatričnega zdravljenja ter zaprtju psihiatrične bolnišnice v Trstu in širom Italije. Prakse dezinstitutionalizacije bodo torej obravnavane tudi na podlagi tržaškega primera dobre prakse, pri čemer bo fokus na primerjavi praks institucionalizacije in dezinstitutionalizacije z ozirom na njihove učinke na osebe z motnjo v duševnem zdravju.

### 3 INSTITUCIONALIZACIJA SKOZI HISTORIČNI PREGLED

Esencialno dejanje znotraj historičnega pregleda institucionalizacije norosti<sup>3</sup> predstavlja dejanje, ki izloči norost. Pri tem je bistvena »zarez«, ki postavlja razdaljo med razumom in ne-razumom; šele iz te zareze – in še to prav od daleč – izhaja moč, s katero razum obvladuje nerazum, da bi mu iztrgal njegovo resnico norosti, hudodelstva ali bolezni« (Foucault 1998, 6). Zgodovinski kontekst dojemanja norosti pokaže tudi človekovo videnje sveta v določenem zgodovinskem obdobju, saj se je spreminjanje človekovega dojemanja sveta odražalo tudi v njegovem odnosu do norcev<sup>4</sup>. Že od antike naprej so norost med drugim percipirali tudi kot bolezen, vendar to ni veljalo za njen izključni status, saj je bil to le eden izmed številnih načinov obravnave norosti. Norost je lahko predstavljala tudi obsedenost bodisi z dobrimi bodisi zli duhovi, njen izvor so povezovali s hudičem, predniki, uroki in tako dalje. V skupnosti so norost obravnavali na način duhovne tolažbe, z izvajanjem magičnih ritualov,

---

<sup>3</sup> Pregled zgodovinskega konteksta dojemanja motenj v duševnem zdravju nam omogoči vpogled v terminološko transformacijo norca v duševnega bolnika, kasneje v osebo z duševno boleznijo ali motnjo (Foucault 1998) do današnjega poimenovanja osebe z motnjo v duševnem zdravju (*»person with mental disorder«*) (World Health Organization). Sočasno s spremembo poimenovanja norcev se je spremenila tudi terminologija, ki zadeva bolezen samo, in sicer od norosti v duševno bolezen, do duševnih motenj oziroma izpostavljanja pomena duševnega zdravja do ne nazadnje motenj v duševnem zdravju (*»mental disorder«*) (World Health Organization). Dotično poimenovanje je odraz določenega družbenega in zgodovinskega obdobja in njunih specifik in ga je mogoče povezati z ideologijo in družbenim ustrojem v določeni epohi. Terminološka obravnava norosti in norcev torej razkriva tudi splošno percepcijo družbe določenega zgodovinskega obdobja. Ob koncu 18. stoletja je znanstvena in medicinska analiza norcev vzpostavila norost kot duševno bolezen (Foucault 1998, 6). S spremembo poimenovanja norosti v duševno bolezen je termin norca zamenjal termin duševni bolnik, kar je sprožilo tudi predrugačenje obravnave norcev, ki je veljala v 17. in 18. stoletju. V 19. stoletju so norost torej začeli percipirati kot duševno bolezen zaradi spremembe verskih in družbenih razlag norosti v obravnavo simptomov ter delovanja možganov in živcev. Kljub uvajanju nove terminologije je bila v 19. stoletju še vedno razširjena raba poimenovanj, kot so norci, blazni, bolni na umu (Dakič Prelec 1995, 53). Ob dognanjih diagnostične psihiatrije, ki se je razvila v 19. stoletju, in s preučevanjem simptomov, določanjem diagnoz ter z zdravljenjem duševnih bolezni je duševno bolezen nadomestil termin duševna motnja (Horwitz 2003, 38–56), poimenovanje subjektov pa se je spremenilo iz duševnega bolnika v osebo z motnjo v duševnem zdravju. V tem kontekstu termina norost in norec nista uporabljena slabšalno.

<sup>4</sup> Termin »norec« je uporabljen kot nevtralen za oba spola.

urokov, izganjanjem hudiča, dresiranjem in drugimi praksami. Pri obravnavi norih so prisostvovali razni zdravilci, duhovniki, v večini pa je bilo, do začetkov totalnih ustanov, ukvarjanje z njimi prepuščeno družini oziroma članom ožje skupnosti, kar kaže na njihovo vključenost v skupnost kljub občasnim izobčenju (Flaker 1998, 91).

Srednji vek so zaznamovali štirje prostori, katerih številne značilnosti ustrezajo umeščanju v polje totalnih ustanov, in sicer samostan, dvor, gobavišče in špital, vendar jim je za enačenje s totalno ustanovo manjkalo osebje z osem urnim delavnikom, specializiranost, javni mandat in tako naprej (Flaker 1998, 69). Specifičen odnos do norcev so v 15. stoletju ponujale tako imenovane ladje norcev, ki so delovale po principu preganjanja norcev iz mest, z razvojem špitala in norišnice pa je vkrcanje nadomestilo zapiranje (Foucault 2006b, 41). Razumevanje norosti se je torej skozi čas spreminjalo, nekateri so se pri iskanju razlogov za pojav le-te opirali na starogrška in rimska filozofska dognanja, vse glasnejše pa je v 17. stoletju postajalo prepričanje glede potrebnosti izolacije oziroma odstranitve norcev od »ostalih« ljudi. Uveljavljanje sprememb pri obravnavi norcev je spodbudil prehod iz fevdalizma v kapitalizem, za katerega so značilni razkroj dvornega gospodarstva in zemljiškega gospostva, razvoj mest, trgovine, denarnega gospodarstva in industrije ter vzpon meščanskega razreda, demografski *boom* in drugi dejavniki. Nekateri od naštetih dejavnikov so direktno povezani z nastajanjem totalnih ustanov, drugi bolj posredno (Hilton v Flaker 1998, 72). Prehod v kapitalizem in družbene spremembe povezane s tem so predstavljale pomemben dejavnik pri transformaciji vsakdanjega življenja in s tem odnosov v družini in širši skupnosti.

V 17. stoletju so bile vzpostavljene velike zaporne ustanove, ki so predstavljale bivališče revežem, brezposelnim, prestopnikom in »brezumnežem«. »Od sredine 17. stoletja naprej je bila norost povezana s tem krajem zapiranja in z gibom, ki ji je ta kraj določil za njen naravni prostor« (Foucault 1998, 43). Totalna ustanova je torej nastala v času tako imenovanega *velikega zapiranja*<sup>5</sup>, ki se nanaša na proces zapiranja revnih in deviantnih skupin populacije v splošne zaprte ustanove. »Splošno ustanovo 17. in 18. stoletja lahko upravičeno imenujemo praoblisko totalne ustanove oziroma totalno praustanovo« (Flaker 1998, 87). Z izjemo specializacije v smislu vzpostavljanja ustanov za različne skupine populacije je takratna ustanova posedovala vse karakteristike sodobnih totalnih ustanov. Kot primer totalne praustanove velja izpostaviti Splošni špital v Parizu, ustanovljen leta 1656, ki ni bil tipična bolnišnica, temveč je veljal za napol sodno strukturo, ki je prevzemala odločanje, sojenje in izvrševanje v zvezi z zaprtimi. Posledično so imeli upravniki na razpolago sramotilne stebre,

---

<sup>5</sup> Foucault (1998) je s tem konceptom poimenoval proces, ki je potekal v 17. stoletju po vsej Evropi in znotraj katerega so v splošne zaprte ustanove zaprli velik del prebivalstva, predvsem revne in deviantne skupine.

železne ovratnike, podzemeljske temnice, ječe, njihova uporaba je bila odvisna le od njihove presoje in pritožba zaprtih ni bila mogoča (Foucault 1998, 44).

Če na kratko omenimo diferenciacijo po spolu z ozirom na historični kontekst institucionalizacije, je potrebno med drugim izpostaviti tudi čarovniške procese, saj so bile ženske, ki so bile obsojene zaradi čarovništva, od 16. stoletja naprej »psihiatrično zaprte« (Chesler 2005, 4). Od 16. stoletja naprej se je dogajalo, da so bile ženske zapirane v ustanove in kraljeve stolpe s strani njihovih soprogov (Dershowitz v Chesler 2005, 93). V 17. stoletju je prišlo v pariškem Splošnem špitalu Salpêtrière do vzpostavitve posebnih oddelkov za noseče ženske, prostitutke, revne ženske in dekleta (Foucault v Chesler 2005, 93).

Ob koncu 18. stoletja je bila mreža splošno zaprtih ustanov razširjena že po vsej Evropi, za istimi zidovi špitalov, ječ, zapornih ustanov so zapirali obsojence, mladeniče, ki so kratili družinski mir ali trošili premoženje, »brezumneže« in druge deviantne skupine. Zapiranje je predstavljalo institucionalno stvaritev 17. stoletja, preden pa je zapiranje dobilo medicinsko konotacijo, je bilo povezano z drugimi dejavniki, ki niso vključevali skrbi za ozdravitev bolnih. Neizogibnost zapiranja je sprožil imperativ dela, ukrepe izključevanja brezposelnih s preganjanjem in kaznovanjem so nadomestili ukrepi zapiranja (Foucault 1998). K epidemični razširitvi zapiranja je prispevala torej kriza fevdalizma, kot tudi prehod iz fevdalizma v kapitalizem. Težnja po redu v mestih je vplivala na pojav *velikega zapiranja* oziroma tako imenovanega *velikega pospravljanja*<sup>6</sup> s strani absolutistične oblasti. Zapiranje je potekalo tudi skozi perspektivo moralne korekcije v smislu kreiranja mesta kot mirne in urejene urbane entitete, kjer je bil namen »pacifikacija urbanega prostora in moralizacija javnosti« (Flaker 1998, 74). Čas *velikega zapiranja* sovпада tudi z nastajanjem kodeksov lepega vedenja oziroma bontonov, ki so se jih morali ljudje priučiti – na ta način je potem potekala distinkcija nemoralnega ali nespodobnega vedenja od primernega vedenja.

Zapiranje torej temelji na meščanski etiki izključevanja nevrednih oziroma nedelavnih iz skupnosti zaradi njihovega nesodelovanja pri delu, prenosu znanja in lastnine (Flaker 1998, 74–79). Prišlo je do diferencirane obravnave brezposelnih oseb, katerim je bila po novem, za razliko od dotedanjega preganjanja in kaznovanja, zagotovljena preskrba na stroške nacije, kar pa je moralo biti poplačano s ceno osebne svobode, in tako so bili prisiljeni sprejeti fizično in moralno prisilo zapiranja. Vsaj na začetku je bil pomen zapiranja enak po vsej Evropi, dejanje zapiranja je torej predstavljalo odgovor na ekonomsko krizo, ki je prizadela

---

<sup>6</sup> Flaker uporablja izraz *veliko pospravljanje* (1998, 74), ki predstavlja sinonim za Foucaultov koncept *veliko zapiranje* in označuje ukrep absolutistične in razsvetljene oblasti pri onemogočanju beraštva ter izločanju nedelavnih.



ves zahodni svet (Foucault 1998, 53). Kadar pa teh kriznih obdobjih ni bilo, se je pomen zapiranja spremenil, in sicer poleg njegove represivne vloge se je začel uveljavljati pomen koristnosti, saj je bistven element predstavljalo prisilno delo za zaprte, tovrsten način pa je pomenil njihov doprinos k splošni blaginji. Zaprti so v obdobjih polne zaposlenosti in visokih mezd veljali za ceneno delovno silo, v obdobjih recesije pa je šlo za eliminacijo brezposelnih in obrambo družbe pred nemiri in upori, bili so torej dolžni spoštovati pravila obveznega dela. Dojemanje norosti skozi prizmo etične obsodbe brezdolja in družbenega priznavanja dela je proizvod klasicističnega obdobja, kar je omogočilo skupnosti, »da zavrže vse oblike družbene nekoristnosti v nekakšen *drug svet*. Prav v tem *drugem svetu*, ki ga določajo svete sile dela, je norost dobila tisti položaj, ki ji ga priznavamo (Foucault 1998, 54–59).

»Veliko zapiranje je potekalo v znamenju razuma. Razumna ureditev mesta in države, razumno dodeljevanje pomoči, razumna vladarjeva moč in tako naprej so bile silnice, ki so koncentrirale del prebivalstva v zaprtem prostoru. To se je dogajalo v dobi, ki je sebe poimenovala doba razsvetljenstva oziroma racionalizma« (Flaker 1998, 82). Razum je takrat predstavljal esencialno načelo civilizacije na račun izгона, izločanja in represivnega molka norosti, kar je položaj norih v družbi, kulturi in filozofiji občutno spremenilo oziroma degradiralo. Psihiatrizacija določenih vrst deviantnosti je svoj debi doživela šele v 20. stoletju, razvoj totalnih ustanov pa je spodbudilo ravno splošno zapiranje vseh oblik deviantnosti, kjer je »ključ« posedoval razum (Flaker 1998). V času razuma se norosti pripisuje prisposodbo živalskosti, odkrije se zver, iracionalno nasilje in bes. Tu gre izpostaviti korelacijo med živalskostjo in norostjo v okviru prve in še vedno glavne psihiatrične bolnišnice v Sloveniji – *PK Ljubljana*, ki je dobila svoj prostor prav v živalskem vrtu grofa Auesperga na Studencu. Morebiti je na sprejem omenjene odločitve vplivalo tudi prepričanje o komplementarnosti oziroma enačenju bestialnosti in norosti.

Z vpeljavo ločevanja norosti od bede in drugih znotraj totalne ustanove je norost lahko postala duševna bolezen, azil je tako postal učbenik psihiatrije, saj so klasificirane bolnike lahko opazovali ter jih diferencirano obravnavali glede na njihove specifične potrebe (Castel v Flaker 1998). Foucault (1998, 7) problematizira distinkcijo med »človekom razuma« in »človekom norosti« in pravi, da skupnega jezika med »človekom razuma« in »človekom norosti« ni več, prekinitev dialoga je zaznamovala vzpostavitev norosti kot duševne bolezni ob koncu 18. stoletja. »Govorica psihiatrije, ki je monolog razuma o norosti, se je lahko vzpostavila samo v tem molku.« Od konca 18. stoletja naprej je zdravniško potrdilo postalo skoraj obveza za hospitalizacijo duševnih bolnikov (Foucault 1998, 230; Millon 2004). »Zdravnik je živ zakon azila in azil je svet, ki je narejen po podobi razumnosti, ki jo on

uteleša« (Castel 1976, 95). V začetkih totalnih ustanov pa je medicina tu posedovala le marginalno vlogo, saj so zdravniki prihajali le ob nujnih pozivih, kasneje so ti prevzeli vlogo posebnih svetovalcev znotraj določene ustanove in za delo prejeli redno plačilo. Z vzpostavitvijo meščanskega družbenega reda je specializacija ustanov, njihovih vodstev, poklicev in funkcije osebja izpopolnila vlogo totalnih ustanov (Flaker 1998, 85). Kljub porastu zdravniške prisotnosti v omenjenih ustanovah ni prišlo do vpeljave profesionalizacije dela s tovrstnimi bolniki, saj niso poznali terapevtskih metod oziroma diagnostičnih praks za duševne bolezni. V tem času je bila namreč še vedno v veljavi implementacija starih metod pri obravnavi duševnih bolnikov, ki je vključevala puščanje krvi, očiščevanje, namakanje v vodi, stradanje, kastriranje, vklenjenost in drugo (Conrad in Schneider 2010). Premik v dojemanju duševnih bolezni znotraj medicine se je torej zgodil konec 18. stoletja, kar je tesno povežalo zdravljenje duševnih bolezni in medicino. Psihijatrija se kot disciplina vzpostavi konec 18. stoletja, čeprav so posamezni zdravniki že od antike naprej obravnavali norost in pisali priročnike o njej (Shorter 1997, 1). Špitali so proti koncu 18. stoletja postali tudi bolnišnice, znotraj katerih je medicinska profesija kreirala svoj prostor (Flaker 1998, 85). Medicina je torej v 18. stoletju postajala vedno bolj pomemben akter pri upravljanju špitalskega sistema, duševne bolezni pa so dobivale čedalje bolj medicinsko podobo, o čemer priča tudi porast znanstvenih razprav o duševnih boleznih v tistem času. Pojavljati so se začele zahteve po učinkovitem delu takratnih totalnih ustanov, kar je zadevalo prisilne delavnice ter težnje po specializiranih ustanovah za duševne bolnike.

19. stoletje je torej konstruiralo novo percepcijo o ekskluzivni namestitvi samo za duševne bolnike na področja, kamor so pred stopetdesetimi leti zapirali reveže, berače in brezposelne. Stari proces izključevanja je ponovno oživel, saj je bil azil umeščen natanko na kraj, ki ga je prej zaznamoval leprozorij<sup>7</sup> (Foucault 1998). Tovrstne ustanove so bile običajno na bolj oddaljenih predelih, kar je povežano z več dejavniki, med katere spadajo na primer spoštovanje javnega miru okoliških prebivalcev, ki naj bi ga kratilo kričanje in nemir zaprtih, po drugi strani pa je obisk ustanove predstavljal izlet z ogledom »spektakla«, ki so ga pripravljali z zaprtimi. Z ozirom na ravnanje z duševnimi bolniki je potrebno izpostaviti rabo okrutnih metod s strani avtoritet znotraj ustanov, podobne obravnave so bili norci deležni v času njihovega dojemanja kot efekta delovanja hudiča. Nehumanost pri ravnanju z duševnimi bolniki ter številna kršenja človekovih pravic so sprožila pobude za vzpostavitev sprememb na tem področju (Millon 2004).

---

<sup>7</sup> Zavod za gobavce.

V času meščanske revolucije v Franciji je prišlo do pojavljanja idej o dehospitalizaciji, saj so nekateri dojemali špitale kot simbol represije nad revnimi skupinami prebivalstva s strani absolutistične države. Primarna funkcija špitala je zadevala nadzor nad javnim redom in mirom. Kritika totalne ustanove nasploh je bila deležna transformacije v kritiko množične institucionalizacije vseh deviantnih delov populacije, kar je vplivalo na sprejetje reforme za klasične varovance zaprtih ustanov, posledično so nekateri doživeli začasno (berači), drugi pa trajno izpustitev na prostost (prostitutke), za razliko od duševno bolnih in kriminalcev, ki so bili izvzeti iz reforme (Castel 1976, 80). Delovanje totalnih ustanov se je znotraj meščanske ureditve zreduciralo, a je vendarle preživelo, saj so prevladali argumenti, katerih bistvo je bila kritika slabega upravljanja oziroma tehnične problematike totalnih ustanov in ne kritika njihove sistemske ureditve. Reforma špitala v 18. stoletju je nastala pod okriljem Philippa Pinela, ki velja za utemeljitelja sodobne psihiatrične ustanove in v veliki meri tudi znanosti o duševni bolezni, prav tako ima podobno vlogo tudi William Tuke. Njun skorajšnji svetniški status osvoboditeljev duševnih bolnikov, še posebej Pinela, predstavlja zgodbo o snemanju okovov bolnikom in poti v bolj humano prihodnost bolnišnice. Osvobajanje ni pomenilo dejanske svobode varovancev, kljub temu pa je prinesel spremembe oziroma v nekaterih pogledih tudi revolucionarne ukrepe na področje duševnih bolezni. Koncept osvoboditve je vključeval snetje okovov, odpravo zunanje surovosti in fizičnega kaznovanja. Nov način obravnave bolnikov so poimenovali moralna obravnava zaradi prekinitve s starimi, nehumanimi tehnikami ustrahovanja, udomačevanja, dresiranja ter priznavanja človeškosti duševnim bolnikom, ki je bila osnovana na podlagi njihove prevzgojitve. Esencialno vlogo omenjene medicinske prakse predpostavlja urejeno okolje kot dejavnik razodtujitve, saj naj bi nastanek duševne odtujitve izviral iz družbenega kaosa. »Z urejenim, mirnim življenjem na svežem zraku podeželskega azila je mogoče priti k sebi« (Flaker 1998, 112).

Do totalne ustanove se je torej izoblikoval sovražni odnos, saj je ta veljala za predstavnico arbitrarnosti starega režima in zapiranja, vendar navkljub dejstvu, da je medicina igrala poglavitno vlogo pri prenašanju takratne svobodomiselnosti, je ravno ta implementirala prakso zapiranja pri nastajanju norišnice v začetku 19. stoletja. »Norišnice so le poseben pojav v disciplinski družbi, industrializirajoči se družbi 19. stoletja. So zgled moderne totalne ustanove in hkrati s svojo artikulacijo zaprtega prostora soustvarjajo splošni vzorec totalne ustanove kot take« (Flaker 1998, 103). Razširjanje tovrstnih ustanov v 19. stoletju je povezano s funkcijo reteritorializacije populacije in težnjo po čim večji produktivnosti prebivalstva. Gre za obliko disciplinske utopije utilitarizma zgodnjega 19. stoletja, saj norišnica namesto transformacije dela v plačilo in učenja v poklic ustvarja ždenje, apatična

telesa in zombije, na ta način proizvajajo fikcijo neproduktivnosti in antiindividuume (Flaker 1998, 152). Azil je torej obdržal staro vlogo špitala, totalne institucije *velikega zapiranja*, saj je sistemska obravnava še vedno temeljila na zapiranju, učenju poslušnosti, marljivosti in discipline ter zmanjševanju prostora med »normalnim« in posebnim načinom vedenja, bodisi prek normalizacije in ponovne infiltracije v družbo bodisi prek izključevanja. Nova ustanova je predrugačena stara, podedovala je določene karakteristike in strukture splošne institucije zapiranja, in hkrati nova zaradi vzpostavljanja novih struktur.

#### **4 DRUŽBENI POMEN BOLEZNI IN STIGMATIZACIJA OSEB Z MOTNJO V DUŠEVNEM ZDRAVJU**

Nekateri (Ule in drugi 2014) percipirajo medicino tudi kot družbeno vedo ter izpostavljajo družbeni pomen bolezni, ki predstavlja družbeno deviantnost od generalno uveljavljenih in sprejetih družbenih norm zdravja oziroma odklon od normativnih idealov normalnosti. Efekt družbene manifestacije bolezni se kaže znotraj družbenih odnosov, družbenih vlog ter družbenih aktivnosti osebe. Percepcije zdravja in bolezni so odraz širšega dojetja okolja in sveta znotraj določenega časa in prostora ter so del znanja o boleznih, telesnih simptomih in družbeni vlogi pacienta in pacientke, kar gre vse pripisati kulturnemu kontekstu (Ule in drugi 2014, 45). Signifikanten je premik bolezni od telesa in uma pacienta oziroma pacientke k družbenemu okolju, kamor se uvrščajo problematike soočanja z boleznijo ter posledične transformacije ustaljenega načina življenja in določenih življenjskih praks. Talcott Parsons (v Ule in drugi 2014, 68–69) dojema bolezen kot splošno motnjo zmožnosti osebe pri učinkovitem izvajanju družbenih vlog, kar zahteva pripisovanje ali celo predpisovanje specifične vloge osebi, in sicer vloge pacienta oziroma pacientke. To se udejanja v vpeljavi diferenciranega, omejenega statusa tega posameznika in posameznice v družbi, ki posledično ne veljata za učinkovita člana družbe. Odsotnost nadzora tovrstnih stanj generira morebitno grožnjo družbenemu redu, potemtakem je, z namenom zaščite družbenega reda ter ohranjanja tovrstne deviantnosti pod nadzorom, elementarni moment prav dodelitev legitimne vloge pacienta oziroma pacientke osebi, kjer bolezen simbolizira prehodni status do ponovnega prevzema normalnih družbenih vlog. Goffmanova dela podeljujejo »domicil« analizi vloge bolezni v procesu družbene zavrnitve oziroma izključitve, saj je na longitudinalni ravni obravnaval delovanje in efekt totalnih ustanov tako glede na fizično kot osebno izključitev

oseb iz vsakdanjega življenja. Vrsta bolezni, ki jo oseba ima, določa stopnjo izključitve osebe iz vsakdanjega življenja, za nekatere bolezni je predvidena popolna družbena izključitev, za druge blažje oblike le-te. Morebitna nevarnost oslabitve motivacije v delovnem procesu vpliva na potrebnost izolacije »motečega elementa« in njegovo odstranitev stran od zdravih ljudi. Odstranitev ni potrebna toliko zaradi zdravstvenih kot zaradi družbenih razlogov, kar je povezano s potencialno družbeno kontaminacijo zdravih ljudi. Družbeni aspekt bolezni je Goffman (2014, 29) prepoznal tudi v tako imenovanem procesu »družbenega okrevanja«, s katerim poimenuje stanje hospitaliziranih v psihiatričnih bolnišnicah, ki so pogosto odpuščeni iz bolnišnične oskrbe, ker osvojijo načine zadrževanja simptomov v sebi oziroma prikrivanja simptomov pred okolico.

Razlikovanje med normalnim in patološkim bazira na družbenih klasifikacijah in ocenah, ki generirajo tudi sam položaj medicine v družbi. Medicina poseduje visok moralni ugled v modernih družbah, na kar kaže tudi porast prestiža določenega predloga ob njegovem posredovanju z implementacijo medicinske terminologije ali v primeru podpore oziroma promocije s strani medicinske stroke (Ule in drugi 2014, 51–52). Pogled medicine torej izraža družbeno relevantnost in poseduje znatno družbeno avtoriteto, kar je vidno tudi pri upoštevanju in sprejemanju argumentov medicine s strani javnosti pri odločanju o etičnih vprašanjih povezanih z medicino. Geneza družbene moči medicine se nanaša na ezoteričnost medicinskega znanja, pri čemer manjša dostopnost določenega znanja javnosti predstavlja limitiranost znanja na ozek krog poznavalcev, kar potencira moč strokovnjakov s tega področja.

Zdravje je elementarna vrednota modernih družb. Posledično posedujejo zdravniki ekskluzivno moč, k čemur pripomore tudi njihov dostop do »rešiteljev« modernega človeka: zdravil. Razmerje med procesom omniprezentnosti medicine v vsakdanjem življenju modernega človeka ter naraščajočim pomenom zdravnikov in njihovega strokovnega mnenja se kaže v luči določanja okvirjev naše percepcije s strani le-teh, ne le na področju vprašanj povezanih z medicino. Zslediti pa je mogoče tudi diskusije v smeri problematizacije medicine kot moderne institucije družbenega nadzora, kjer je omenjena teza argumentirana na način izpostavitve vloge medicine, ki je, z ozirom na njen množični vpliv na populacijo ter transformiranjem vedenjskih navad ljudi, dosegla trajni nadzor nad populacijo in realizirala razsvetljski sen, po katerem ljudje dosežejo svobodo v relaciji do bolezni v totalitarnem režimu zdravja (Armstrong v Ule in drugi 2014, 49).

Obravnavanje vloge svobode oziroma zapiranja se pojavlja tudi pri Goffmanu (1991), in sicer skozi analizo značilnosti totalnih ustanov. Definira jih kot zaprte institucije brez socialne

interakcije, v katerih vlada avtoriteta z difuznim pokrivanjem celotne ustanove, kjer varovanci in varovanke kolektivno živijo na določeni lokaciji, sledijo zastavljenemu urniku ustanove in preživijo določen del hospitalizacije znotraj zapore. Ena izmed karakteristik totalnih ustanov predstavlja namenskost oziroma izpolnjevanje določenih ciljev ustanove. S svojim delovanjem ustvarjajo obratno vizijo sveta oziroma ideologijo, ki umešča varovance in varovanke zunaj sveta. Na vprašanje, na kakšen način totalna ustanova kot družbeni mehanizem vpliva na sooblikovanje identitete osebe, ko ta postane del institucionalnega sistema, ponuja Goffman (2008, 95-96) odgovor v svojem delu *Stigma: zapiski o upravljanju poškodovane identitete*. Tu omenja koncept identitete »jaza« ali »občutene« identitete, kar dojema kot subjektivni pomen lastne situacije in kontinuitete ter značaja osebe, ki predstavljajo rezultat njenih različnih socialnih izkušenj. Koncept identitete jaza prevprašuje dojemanje, občutenje in upravljanje stigme ter rezultira v posvečanju pozornosti osebe do danih nasvetov v zvezi s tem. Na primer tekom hospitalizacije v psihiatrični bolnišnici se osebi ponuja določeno identiteto jaza, toda ta jaz predstavlja glas »zunanje« skupine, ki preglasi glas osebe. Prevzemanje določene identitete jaza prinaša paradoksalno situacijo, saj družba osebi pripoveduje, da je član ali članica širše skupine oziroma »normalen« človek, ki pa je vendarle do neke mere drugačen, kar mora sprejeti. To pojmovanje različnosti izhaja iz družbe, ki se pravzaprav vzpostavlja prek določanja pomena različnosti, saj »preden lahko razlika dobi kak pomen, jo mora konceptualizirati družba kot celota« (Goffman 2008, 109). Oseba se torej znajde v sistemu različnih interpretacij, z ozirom na to, kaj bi morala misliti sama o sebi, kaj bi morala narediti in občutiti. Oseba z oznako motnje v duševnem zdravju sproži pri duševno zdravih takojšnjo preusmeritev pozornosti v iskanje pokazateljev norosti oziroma deviantnosti. Stigma avtomatično spodbudi bolj fokusiran pogled, »stigmatizirani pa mora ves čas opazovati svoje vedenje, biti bolj normalen od normalnega, da bi zadostil merilom ocenjujočega pogleda« (Flaker 1998, 151).

Velike ustanove povečujejo stigmo in jo naredijo bolj vidno, hospitalizacija v psihiatrični bolnišnici predrugači usodo osebe v očeh družbe in pogosto tudi v očeh osebe same. »Segregacija ali izločenost varovancev [varovank – op. a.] totalnih ustanov iz vsakdanjega življenja naredi te ljudi še bolj tuje, drugačne in nevsakdanje, celo nevarne« (Flaker 1998, 7). Na ta način se povečuje vtis deviantnosti oseb z motnjo v duševnem zdravju. Stigmatizirani ljudje so torej izločeni iz polne družbene sprejetosti, zato je kljub dejstvu, da stigma predstavlja globoko diskreditacijo, potrebno pri raziskovanju stigme obravnavati razmerja, ne pa lastnosti same. Bistvenega pomena so torej razmerja, ki nas nagovarjajo na način sprožanja podrejanja, ne pa opredeljevanje lastnosti stigme (Goffman 2008). Znotraj koncepta

segregacije gre izpostaviti proces reprodukcije »nas« in »onih«, kjer se konsenzualni »mi« percipirajo kot edini veljavni oziroma legitimni, ki pa so ogroženi spricho »drugih« oziroma zaradi »njih« (Fowler v Praprotnik 1999). »Pravilna in legitimna« interpretacija psihiatrije skuša popraviti njihovo identiteto prek konstruiranja binarne distinkcije med »nami« in »njimi«, kar velja za predpogoj utrjevanja določene perspektive kot edino prave, druge pa kot napačne. Pripadanje bi izgubilo svojo funkcijo integracije brez selektivnega pristopa oziroma praks izključevanja (Bauman 2008).

## **5 DISKURZIVNOST SPOLA ZNOTRAJ PSIHIATRIČNIH BOLNIŠNIC**

### **5.1 STEREOTIPIZACIJA SPOLA**

Simone de Beauvoir (2013b, 15) obravnava konstrukcijo ženskega in moškega in pravi: »ženska se ne rodi: ženska to postane.« Konstrukcije ženskega spola ne definira biološka, psihična oziroma ekonomska usoda, k izgradnji spola prispeva celotna civilizacija. Spol je torej družbena konstrukcija, ki se ohranja znotraj družbenega okolja, kulture, religije in ostalih okolij. Za Judith Butler (2001a) je konstrukt pod pojmom biološki spol, prav tako kot družbeni spol, del kulturne konstrukcije. Dopušča interpretacijo, da je bil biološki spol vedno družbeni spol, torej v tem primeru ne obstaja razlika med biološkim in družbenim spolom in posledično ne bi bilo smiselno definirati družbenega spola kot kulturnega aspekta biološkega spola, če je sam biološki spol kategorija družbenega. Butler (2001b, 25) govori o neobstoju spolne identitete ter o pomembnosti performativno konstruiranih identitet, ki jih konstruirajo tisti izrazi spolne identitete, za katere je rečeno, da šele izhajajo iz nje.

Goffman (1977) omenja vlogo družbene organizacije, ki s krepitvijo in množenjem biološke diferenciacije vpliva na transformacijo le-te v dejavnik družbene diferenciacije. Četudi družba zagovarja enakost spolov, so še vedno poudarjene esencialne, značajske, biološke razlike med spoloma. Po njegovem mnenju družba ne predstavlja posledice narave oziroma biologije, saj sta obe predmet družbene konstrukcije. Prakso pridobivanja družbenega pomena spola je Goffman (1977) poimenoval institucionalna reflektivnost, ki zaznamuje proces, znotraj katerega poteka družbena organizacija na način pripisovanja družbenega pomena biološki razliki, kar posledično vpliva na vzpostavitev delovanja razlike. Diferenciran odnos do spola se kaže že v zgodnjem otroštvu, saj je družbeno okolje pri deklici popustljivo do njenega joka in muhavosti za razliko od dečkov, katerim to prepoveduje (Beauvoir 2013b, 18–19).

Med karakteristike, ki se pripisujejo ženskam, spada tudi njihova pasivnost, vendar po Beauvoir (2013a) pasivnost ženske ni biološka danost, ampak usoda, ki je predmet delovanja vzgojiteljev in družbe, saj je deklica že v najzgodnejših letih deležna poduka o uživanju v pasivnosti, prek sprejemanja svoje pasivnosti pa poteka sprejemanje usode od zunaj. Tudi Goffman (1977) podobno ugotavlja, da so otroci vključeni v specifično spolno socializacijo, znotraj katere se zelo zgodaj naučijo, na kakšen način je potrebno v določenih družbenih situacijah izražati svoj spol. Za izražanje spola v družbenih situacijah Goffman (1979, 1) vpelje koncept *spolnega displeja*, ki deluje po principu razvrščanja v množici, pokazatelja: »kam mislimo, da sodimo«, ter sporočanja položaja, iz katerega bomo delovali v določenih okoliščinah. V okviru *spolnih displejev* gre za delovanje družbeno sprejetih, kulturnih značilnosti spolov in ne za osebne karakteristike moškega ter ženskega spola. »Ne, da se verjame, pač pa se spodobi: ne gre za nevtralno pripoved, pač pa za normativno zapoved moralnega reda,« ki določa spolno specifične reakcije (Renner 2008, 45). Esencialnega pomena ne predstavlja argumentacija samih spolnih razlik, temveč razmerja, ki nas nagovarjajo prek mehanizmov razkazovanja spolne razlike, kar se v našem primeru kaže skozi organizacijo moških in ženskih oddelkov znotraj bolnišnic, pa tudi skozi ločenost na podlagi spola znotraj šol in drugih ustanov.

V modernih industrijskih družbah predstavlja spol elementarni kod, ki določa družbene strukture in interakcije, prav tako pa vpliva na dožemanje individuumov glede njihove temeljne človeške narave (Goffman 1977, 301).

Spol in spolna razlika se proizvajata, reproducirata in ritualizirata v institucionaliziranih družbenih praksah. Ko se institucionalizirane prakse preslikujejo v razmerja in v vsakdanje interakcije, ne kažejo naravne razlike v kulturni obleki, pač pa razliko v naravni obleki. Spol in spolna razlika sta diskurzivni, performativni praksi. Zunaj tega ju ni. Spol je materializacija spolne razlike, ki se zmeraj vzpostavlja diskurzivno (Goffman v Renner 2008, 50).

Oznaka ženska ni vse, kar ta oseba je, kar kaže na pomanjkanje izčrpnosti izraza, saj v različnih zgodovinskih kontekstih družbeni spol ni vedno konstituiran koherentno ali konsistentno, prav tako se srečuje z rasnimi, razrednimi, etničnimi, seksualnimi in regionalnimi modalnostmi diskurzivno konstituiranih identitet. Družbeni spol je torej povezan



s političnimi in kulturnimi aspekti, v katerih je neizogibno proizveden in ohranjen (Butler 2001b).

Goffman (2008) pravi, da je poudarek torej na razmerjih, ki nas nagovarjajo, da smo se pripravljene podrežati shemam razkazovanja spolne razlike, ne pa na opredeljevanju spolne razlike same. Nezmožnost določitve spola postane neznosna, kaže se kot obsedeno iskanje drobnih parafernalij spola, detajlnih znamenj, ki naj vendarle izdajo, pri čem smo. Spol mora »govoriti«, ves čas mora biti diskurziven, da bo interakcija uspešna, družbena organizacija pa trdna in samoumevna.

## **5.2 PATRIARHALNI VZORCI V MEDICINI**

S historične perspektive predstavlja »/.../ zgodovina zahodne medicine in znanosti zgodovino razmejitve od vsake oblike nereda, je zgodovina postavljanja norm in normalnosti, normalnosti telesa, narave, spolov« (Braun v Zaviršek 1994a, 143). Binarni pogled konceptov zdravega moškega in zdrave ženske je prinesel medsebojno oddaljevanje obeh konceptov, pogledi na »značilno žensko« pa so se vedno bolj približevali definiciji patološke histerije (Foucault 2010). Diskurz, ki esencialnost žensk vidi v njihovi šibkosti, pasivnosti in emocionalnosti predstavlja podlago za diferencirano obravnavo spolov s strani medicinskega diskurza. Foucault (2010, 99–100) je histerizacijo ženskega telesa od začetka 18. stoletja umestil v sistem posebnega mehanizma znanja in oblasti, s katerim je bilo telo ženske analizirano – kvalificirano in diskvalificirano – kot telo, nasičeno s seksualnostjo, s čimer je bilo to telo, kot posledica določene patologije, inkorporirano v polje medicinskega delovanja. Posledično je bilo žensko telo vključeno v organsko povezavo z družbenim telesom v smislu zagotavljanja urejene plodnosti, z družinskim prostorom, kjer mora prevzeti funkcionalno vlogo in z življenjem otrok, s katerimi jo povezuje biološko-moralni normativ. »Histerizacija žena, ki je terjala skrbno medikalizacijo njihovega telesa in seksualnosti, se je izvedla v imenu odgovornosti, ki jo imajo žene do zdravja svojih otrok, do trdnosti družinske ustanove in do blaginje družbe« (Foucault 2010, 140).

V medicinskih teorijah 19. stoletja je prišlo do ponovnega teološkega prepričanja o labilnosti in neodpornosti ženske duše pred hudičem oziroma zlom. Za razliko od racionalnosti in aktivnosti moških so značajske lastnosti žensk vključevale emocionalnost in pasivnost. Med psihiatri so omenjene distinkcije botrovale vpeljavi razlikovanja med labilno, histerično in bolno žensko ter trdno in zdravo moško naravo. Posledično je tudi medicinski diskurz

participiral pri osnovanju ideologije dveh značajev in narav (Zaviršek 1994a, 137). V 19. stoletju je bila histerija, ki je v času Platona veljala za konsekvenco premikajoče maternice s hlepenjem po otroku, s strani psihiatrov definirana kot nevroza možgan. Psihijatrija je v procesu ohranjanja političnega poslanstva sodelovala na način vrednotenja vseh oblik izražanja spolnosti, ki niso delovale v skladu z utrjevanjem ideologije meščanske družine in s prokreacijskim ciljem, kot spolnega odklona, duševne izrojenosti in bolezni. V skladu s tovrstnim delovanjem je prišlo do izuma dveh patoloških bolezenskih stanj, in sicer nimfomanije in frigidnosti. Pri diagnozi »*ovarie hystérique*« je šlo za dojetje jajčnikov kot nevarnega legla bolezni, posledično je zdravljenje s strani nekaterih ginekologov in psihiatrov vključevalo odstranjevanje maternice in jajčnikov, kar je pri duševnih bolnicah potekalo vse do leta 1914 (Shorter v Zaviršek 1994a, 143). Beauvoir (2013a, 14) omenja omejevanje žensk na njeno subjektivnost zaradi posedovanja reproduktivnih organov, posledično je pogosto rečeno, da ženska »misli s svojimi žlezami«.

Biološke in družbene znanosti danes ne verjamejo več v obstoj nespremenljivih oziroma stalnih entitet, ki bi služile definiciji danega značaja (npr. značaja ženske), saj značaj predstavlja sekundarno reakcijo na določeno situacijo. Ob ugotavljanju določenih pomanjkljivosti žensk pa se te še vedno pripisujejo naravi (Zaviršek 1994a).

### **5.3 ŽENSKÉ – BOLNI SPOL?**

V okviru sociološke znanosti obstajajo glede korelacije med spolom in duševnimi motnjami diametralno nasprotujoče si teorije. Nekateri so zagovorniki teze o ženski usmerjenosti frustracij navznoter in veliki emocionalni navezanosti na najbližje, kar predstavlja razlog za večji vpliv okolja ter posledično njihovo večjo psihološko senzibilnost. Drugi sociologi vzrok za pogostejše pojavljanje določenih duševnih motenj pri ženskah vidijo v večjem številu psihiatrov moškega spola in v patriarhalnosti v okviru psihiatrične nomenklature (Borgatta in Borgatta 1992). Binarno obravnavo spolov v psihijatriji je proučeval tudi Broverman (v Zaviršek 1994a) in skupina raziskovalcev, katerih študija je potekala med ameriškimi terapevti in terapevtkami. Na podlagi njihovega dojetja psihično zdravega moškega, psihično zdrave ženske in psihično zdravega odraslega človeka so rezultati raziskave pokazali vrednotenje psihično zdravega moškega in ženske v smeri stereotipne obravnave moškosti in ženskosti v zahodnoevropski družbi. Za razliko od psihično zdravega moškega, katerega karakteristike vključujejo aktivnost, racionalnost in psihično stabilnost, so za psihično zdravo

žensko značilni pasivnost, emocionalnost in labilnost. Po mnenju ameriških terapevtov in terapevtk moške z motnjo v duševnem zdravju zaznamuje večina lastnosti, ki so bile pripisane psihično zdravi ženski, in sicer pasivnost, pretirana emocionalnost, neracionalnost, avanturizem, neagresivnost, občutja strahu in nemoči, nepodjetnost. Karakteristike, ki sledijo stereotipni obravnavi žensk, predstavljajo hkrati izhodišče za določitev motenj v duševnem zdravju moških. »Koncept duševnega zdravja je znotraj psihiatrično medicinske in psihoterapevtske prakse naravnano na kulturni stereotip zdravega moškega« (Zaviršek 1994a, 145). Zdrava odrasla ženska je torej percipirana kot manj zdrava od kategorij odraslega moškega in odraslega človeka (Matlin 2012, 388).

Motnje v duševnem zdravju doživljata oba spola, pri ženskah so pogostejše diagnoze depresije ter anksioznih motenj, pri moških pa prevladujejo antisocialne osebnostne motnje, ki vključujejo agresivnost in impulzivnost (Matlin 2012, 386). Matlin (2012, 389) pravi, da med razloge za pogostejše diagnosticiranje depresije pri ženskah spada tudi pristranskost terapevtov, katerih ocene temeljijo na stereotipni obravnavi moških in žensk. Koncept »bolezen-ženska« (Fischer-Homberger, Braun v Zaviršek 1994a, 150) zadeva učinek patriarhalne ideologije in androcentrične perspektive znotraj medicine na potrebe žensk, ki iščejo pomoč. Značilne ženske bolezni, ki običajno ne kažejo organskih vzrokov, spadajo v pojem »ženski sindrom« (Rodenstein v Füsenhäuser in Stump 1995, 190). Diferencirana obravnava na podlagi spola in klasifikacije ženskih zdravstvenih težav v okviru koncepta »ženskega sindroma« predstavlja ponovno oživljanje nekoliko predrugačene diskusije o »ženski histeriji«. V primeru, da bolezen ni organska in funkcionalna, se premakne v polje psihičnih obolenj, kjer odgovor na »ženski sindrom« predstavlja zdravljenje s psihofarmaki – obenem pa se uživanje psihofarmakov ocenjuje kot dokaz več za »žensko šibkost«. Füsenhäuser in Stump (1995, 192) raziskujeta obstoj družbeno normiranih in subjektivnih konceptov zdravja skozi zgodovinsko in socialnostrukturno perspektivo, ki so spolno specifični. Skozi različna starostna obdobja velja diferencirano razumevanje zdravja oziroma bolezni z ozirom na spol. Kljub daljši življenjski dobi žensk so te v večji meri definirane kot bolne, še posebej znotraj tradicionalne medicine in njenih raziskovalnih metod. Füsenhäuser in Stump (1995) razumeta diferencirano simptomatiko in umeščanje bolezni znotraj moške oziroma ženske kategorije kot del socializacije. V okviru pogojev za tovrstne razlike izpostavljata naslednje dejavnike:

- stereotipna predstava o »tipični« ženski, ki vključuje pasivnost, razdražljivost in emocionalnost, je povezana z običajnimi pogledi na psihične težave;

- metodološke problematike: predmet analize pri večini preiskav predstavljajo psihosomatske bolezenske težave žensk, kar vpliva na poudarjanje te problematike pri ženskah, za razliko od moških psihosomatskih težav, ki se ne pojavljajo v vprašanjih.

Ženske zdravstvene težave torej pogosteje vključujejo psihične, psevdosomatske in vegetativne zdravstvene težave, moške težave pa so fiksirane na organe in tako spadajo med somatske bolezni. Posledično se te bolj vklaplajo v koncept tradicionalne medicine, ki obravnava pretežno somatske bolezni, prav tako moški pogosteje obrazložijo svoje bolezenske simptome skozi somatske kategorije (Füsenhäuser in Stump 1995, 190). Podobno stališče zavzema Zaviršek (1994a, 146), ki pravi, da zdravniki in zdravnice pogosteje diagnosticirajo bolezni pri moških kot somatske, bolezni pri ženskah pa kot psihosomatske. Primer glavobola pri moških se običajno uvršča med somatske simptome, za razliko od žensk, kjer glavobol običajno sodi v psihosomatski okvir. Diferencirano diagnosticiranje ter velike razlike pri uporabi psihofarmakov med moškimi in ženskami kažeta na korelacijo med stereotipnimi predstavami o ženskah in njihovem vedenju ter visoko stopnjo medikalizacije. V zahodnih državah ženske prednjačijo po številu hospitalizacij, izdanih receptov za psihofarmake ter obiskov ambulantnih psihiatričnih služb. Hospitalizirani v psihiatričnih bolnišnicah običajno prihajajo iz nižjih slojev populacije, kar velja tudi za tujino, kjer visok delež hospitaliziranih žensk prihaja iz skupin blizu družbenega roba (Zaviršek 1994a, 150).

Razloge za številčnejšo hospitalizacijo, več izdanih receptov za psihofarmake in pogostejše obiske ambulantnih psihiatričnih služb s strani žensk je mogoče iskati v pogostejšem obisku zdravnika in izražanjem zdravstvenih težav ob preiskavah s strani ženskega spola (Zaviršek 1994a). Ženske, v primerjavi z moškimi, torej pogosteje iščejo pomoč in se jim je lažje pogovarjati o svojih čustvih z empatičnim strokovnjakom ali strokovnjakinjo (Chesler 2005, 94). Že socializacija dečkov kaže na vzgajanje v smer prenašanja bolečine brez pritoževanja, saj sta pritoževanje in objokovanje običajno v domeni žensk.

Družbene in socialne vloge žensk prispevajo k vzpostavljanju specifičnih obremenitev in stresnih dejavnikov. Pogosto so del »*double-bind*« situacij zaradi izpostavljenosti različnim vlogam in deloma protislovnim pričakovanjem, posledično pa prihaja do simptomatike stresa, kar predstavlja enega glavnih razlogov za pogostejše iskanje zdravniške pomoči (Füsenhäuser in Stump 1995). Vogt (v Zaviršek 1994a, 146) povezuje pogosto iskanje pomoči žensk pri splošnih zdravnikih, kamor se obračajo z namenom lažjega premagovanja realnosti vsakdanjega življenja, z visoko medikalizacijo žensk. Dejavnike, ki vplivajo na večje

pojavljanje kroničnih bolezni pri ženskah, več obiskov v ambulantah splošne medicine in v psihiatričnih dispanzerjih, Zaviršek (1994a, 147) povezuje s tremi socialnimi fakti:

- prehajanje žensk iz sfere plačanega v sfero neplačanega skrbstvenega in gospodinjskega dela;
- prokreacijska vloga ženske ter stresni dogodki v povezavi s tem (prekinitev nosečnosti; socialna odgovornost, ki bazira na biološki reprodukciji). Države tretjega sveta se še vedno spopadajo z visoko stopnjo mortalitete žensk pri porodu in splavu, kar predstavlja enega tveganih dejavnikov za duševno zdravje žensk v teh državah;
- visoka raven doživljanja stresa v povezavi z zaposlenostjo žensk na področjih dela z ljudmi ali njihovo rutinsko, repetitivno delo.

Izkustvo socialne deprivacije na različnih nivojih vpliva tudi na pojavljanje simptomov depresije, zaradi česar se ženske pogosteje odločijo za obisk zdravnika.

## **5.4 USPOLJENE INSTITUCIJE**

Spol je kulturna ideologija in družbena institucija in ni le nekaj, kar posamezniki izražajo, ampak je tudi lastnina kolektivnosti, institucij in zgodovine (Connell v DeFrancisco in Palczewski 2007, 145). Pomembnost spola ne gre reducirati na osebnost ljudi, njihove vloge in priučena pričakovanja, saj se

spol nanaša na kompleksno družbeno, politično, ekonomsko in psihološko razmerje med spoloma v družbi. Spol je del družbene strukture oziroma je institucionaliziran v družbi /.../ zaradi sistematične strukturiranosti spola v družbenih institucijah, kar pomeni, da je globoko zakoreninjen v strukturo družbe. Spol ni kreiran le znotraj družine in medosebnih odnosov, ampak tudi znotraj strukture vseh glavnih družbenih institucij, ki vključujejo šole, religijo, ekonomijo in državo /.../. Te institucije oblikujejo izkušnje vseh nas (Andersen v DeFrancisco in Palczewski 2007, 146).

Institucije dajejo vtis amorfnosti zaradi nezmožnosti redukcije na specifične organizacije ali skupine, saj so sestavljene iz praks in prepričanj, ki povezujejo skupine in organizacije skupaj. Ena od definicij institucij dojema institucije kot »uveljavljene vzorce vedenja z določenim in prepoznanim namenom. Institucije vključujejo specifične sodelujoče, ki si delijo pričakovanja in igrajo točno določene vloge s pravicami in dolžnostmi vezane nanje. /.../ Institucije definirajo realnost za nas« (Andersen v DeFrancisco in Palczewski 2007, 143). Za razumevanje internih dinamik, ki definirajo institucije, se je potrebno zavedati naslednjih treh

zunanjih značilnosti institucij, in sicer prvič, tako kot identitete so tudi institucije kompleksne in delujejo v nekem sistemu, povezanem z drugimi institucijami. Drugič, vse institucije vplivajo na institucijo spola, prav tako pa institucija spola vpliva na institucije. Celotna institucija temelji na specifičnih razmerjih spola, saj je spol prisoten v procesih, praksah, podobah, ideologijah in distribucijah moči v različnih sektorjih družbenega življenja. In tretjič, institucije so pogosto prepletene z državo in njeno vlogo ohranjanja moči drugih institucij (Acker v DeFrancisco in Palczewski 2007, 143).

Velik del družbenega življenja predstavlja predmet organizacije in rutinizacije, veliko naših interakcij pa se dogaja prav znotraj institucij. Institucija torej predstavlja družbeno enoto, ki je ustanovljena z namenom zasledovanja določenih ciljev, prav tako te posedujejo določene meje, pravila, procedure in sredstva komuniciranja. Institucije predstavljajo del vsakdanjega življenja, posledično pa igrajo družbene prakse povezane z njimi pomembno vlogo v produciranju in reproduciranju spola ter spolne neenakosti. Institucija je abstrakten in vseobsegajoč koncept. Sociološka definicija vključuje dojemanje institucije kot kompleksnega, stalnega in organiziranega dela družbenega življenja. Zdi se tako regularne in trajne, da so pogosto sprejete kot samoumevne in naravne (Wharton 2012, 86). Institucije delujejo v skladu s centralno logiko oziroma naborom materialnih praks in simbolnih konstrukcij (Frierland in Alford v Wharton 2012). Razlike med spoloma, ki so spoznane kot pomembne, so tiste, ki so poudarjene s strani drugih institucij spola in so normalizirane z njihovo integracijo prek drugih institucij. Funkcije institucij niso »*value free*«, apolitične ali univerzalno pozitivne (DeFrancisco in Palczewski 2007, 144). Elementarne logike delovanja institucij torej vključujejo strukture, vzorce, rutine, sistem prepričanj, ki preskrbujejo prej omenjene s pomeni, poleg tega implementirajo vloge, položaje in pričakovanja za posameznike. Institucionalne perspektive temeljijo na spolu kot aspektu družbene strukture in kulture, prav tako pa je potrebno izpostaviti prakse, politike ter materialne in simbolne dimenzije družbenih organizacij. Institucije predstavljajo pomemben vir prepričanj o spolu in igrajo esencialno vlogo pri ohranjanju spolnih distinkcij in neenakosti (Wharton 2012, 87). Aspekti družbenega življenja, ki so konvencionalno obravnavani kot »nespolni« ali spolno nevtralni, predstavljajo dejansko izražanje spola. Tovrsten način percepcije spola preusmeri pozornost k organizaciji, strukturi in praksam družbene institucije ter poudarja načine produkcije in reprodukcije spolne distinkcije in neenakosti prek zakoreninjenih, vplivnih in relativno samoumevnih aspektov družbenega reda. Z ozirom na diskurzivnost spola Tanja Rener (2008) izpostavi obvestilo »*Klinika za ženske bolezni*« znotraj ene od ljubljanskih bolnišnic, ki je delovalo kot kompas za usmerjanje na podlagi spola. Prav samoumevnost

pomena tega obvestila, saj so vsi »avtomatsko« izkazali vedenje o tem, kam se morajo usmeriti, ter ostalih podobnih samoumevnosti ponujajo priložnost za premislek o družbeni strukturi.

Goffman (1977, 313) s pomočjo koncepta institucionalne reflektivnosti razlaga družbeni pomen spola ter izpostavlja določene prakse, ki temeljijo na implementaciji delovanja institucionalne reflektivnosti, in sicer spolno specifično socializacijo, delovanje spolno-identifikacijskega sistema, spolno delitev dela ter organizacijo javnih prostorov. Kot primer je navedel javne toaletne prostore, saj jih večina temelji na upoštevanju spolne segregacije, kar pa ni povezano s specifičnimi praksami izločanja posameznega spola. Ločevanje javnih toaletnih prostorov na osnovi spola je potrebna zaradi upoštevanja družbene organizacije, saj to omogoča ohranjanje in afirmacijo spolne diferenciacije (Goffman 1977). Večja mera samoumevnosti nečesa predstavlja produkt longitudinalne in preišljene konstrukcije, saj kot pravi Goffman (1977), so samoumevnosti v družbenem svetu pokazatelji habitusov in koncentratu družbene moči, kajti realnost določajo specifični, precizni in v določenih kulturah tako rekoč univerzalni socialni mehanizmi. Družbena struktura in organizacije torej odločajo o pomenih vsakdanjih samoumevnosti – tako se večina makrostruktur ohranja z dnevnim vzdrževanjem in potrjevanjem številnih, na prvi pogled majhnih, lokalnih uokvirjanj. Prek kolektivnega samoumevnega dožemanja, na primer omenjenega obvestila, moških in ženskih oddelkov v bolnišnicah ter šol, ki temeljijo na spolni segregaciji, potrjujemo hegemonski red in ohranjamo dominantno družbeno strukturo.

## **5.5 DELITEV SPOLA V PSIHIATRIČNIH BOLNIŠNICAH**

Pri obravnavi vzpostavljanja psihiatričnih bolnišnic je poleg analize nove družbene organizacije konec 18. stoletja, novega načina nadzora in upravljanja, funkcije klasifikacije in »odstranjevanja« določenega dela populacije, potrebna tudi analiza politike telesa ter premislek glede ideološkega oblikovanja spola v tistem času. Foucault (2010) pravi, da vpeljava spola v središče raziskovanja bolezni in produkcije medicinskih analiz kaže na zgodovino psihiatrije ne le kot na zgodovino produkcije bolezni, ampak hkrati tudi kot na zgodovino produkcije ženske in moškega. Iz institucij, kamor sodijo tudi psihiatrične bolnišnice, se je formiranje ženskosti in moškosti preneslo tudi v privatno sfero. 19. stoletje predstavlja čas mreže užitkov-oblasti, združenih na številnih mestih in v transformiranih odnosih, kar se kaže znotraj ločevanja odraslih in otrok oziroma separacije med sobo staršev

in otroško sobo (tekem stoletja je znotraj gradnje stanovanj to postalo pravilo). Prav tako je ta pojav viden v ločevanju deklic in dečkov (Foucault 2010, 46). Vsakdanje samoumevnosti, kot je na primer ločena soba za deklice in dečke, so osnovane na podlagi družbenih pravil ter nastopajo kot pokazatelj elementarnih družbenih razmerij, dominantne družbene organizacije in hegemonskega moralnega reda (Goffman 1977), kar kaže na diskurzivnost in pomenskost samoumevnosti. Spol in spolna diferenciacija se torej ohranjata znotraj družbene interakcije in prek praks, ki diskurzivno proizvedeno spolno diferenciacijo osmišljajo kot naraven pojav.

Kot je bilo že omenjeno se spolna razlika udejanja tudi znotraj psihiatričnih bolnišnic, ki prek dela s številno populacijo, hierarhičnega vzorca, prostorske ureditve in nadzornega sistema predstavljajo, poleg družine, še eno obliko razporejanja vzorcev oblasti in užitkov (Foucault 2010, 47). Implementacija seksualnosti znotraj psihiatričnih bolnišnic je bila v teh ustanovah prisotna že tekem zgodovine, saj je vidna skozi arhitektonsko razporeditev, disciplinska pravila in celotno notranjo organizacijo. Vprašanje spola je inkorporirano v prakse delovanja teh ustanov, že gradbeniki so ga upoštevali ter tako gradili ločene oddelke za ženske in moške. »To, kar bi lahko imenovali notranji govor institucije – govor, ki ga ima sama zase in ki se širi med tistimi, ki ji omogočajo delovanje – v dobršnem delu temelji na zaključku, da seksualnost obstaja« (Foucault 2010, 31).

Bolnišnice so bile od uveljavitve dalje organizirane v skladu z uradnimi sklopi predpisov, sprva sposojenih od samostanskih modelov discipline in kasneje prilagojenih z namenom zagotavljanja družbenega nadzora nad oskrbovanci (Risse 1999, 6). Znotraj psihiatričnih bolnišnic je ločevanje spolov veljalo za običajno prakso. Prav tako je bila spolna segregacija udejanjena v okviru zaposlenih v bolnišnici, saj so morali biti zaposleni istega spola kot oskrbovanci določenega oddelka (Seeman 2002, 1). Integracija ženskih in moških bolnišničnih oddelkov se je začela v šestdesetih letih prejšnjega stoletja. Ta reforma je bila deloma produkt naraščajočega dojetja pozitivnih aspektov interakcije med spoloma, in sicer z ozirom na bolj naravno in terapevtsko družbeno okolje. V šestdesetih letih prejšnjega stoletja je bilo v Angliji približno tretjini žensk omogočeno bivanje na samostojnih ženskih oddelkih znotraj psihiatričnih bolnišnic (Leavey in drugi 2006, 79–80). V osemdesetih letih prejšnjega stoletja je prišlo do transformacije javnega mnenja v prid ločenih ženskih in moških oddelkov, kar je bilo povezano s pojavljanjem nasilja, spolnih zlorab nad ženskami, nezaželenih rojstev ter nadlegovanja s strani moških pacientov. Med razloge za ločevanje na osnovi spola spadajo tudi tradicionalna prepričanja posameznikov in posameznic, na primer pravoslavcev, judov in muslimanov, ki temeljijo na spolni segregaciji. Integrirani oddelki v psihiatričnih bolnišnicah lahko predstavljajo problematiko določenim etničnim manjšinskim



skupinam tudi zaradi kulturnih ali religijskih temeljev. Ne gre pa zapostaviti določenih opazanj v preteklosti, ko se je počutje hospitaliziranih izboljšalo na mešanih oddelkih (Seeman 2002, 3–5). Podobno ugotavljajo Leavey in drugi (2006, 88), saj po njihovem mnenju preferenca ločenih oddelkov s strani večine žensk oziroma spolna segregacija znotraj psihiatričnih bolnišnic ne zagotavlja učinkovito naslavljanje problematike varnosti znotraj letih. Varnost, zasebnost in dostojanstvo predstavljajo ključne faktorje v okviru determiniranja zadovoljstva pacientov in pacientk z ozirom na oddelčno strukturo. Glede na izsledke angleške raziskave iz leta 2000 (Leavey in drugi 2006, 89) varnost velja za bistven razlog preferiranja ločenih oddelkov s strani žensk, a kljub temu, da moški pacienti lahko predstavljajo nevarnost za spolne zlorabe, večina nasilja in agresivnega vedenja pride s strani hospitaliziranih žensk. Med hospitaliziranimi še vedno prevladujejo problematike zasebnosti in dostojanstva – ne glede na vrsto oddelka, kjer so nameščeni. Kljub večinski preferenci ločenih oddelkov s strani žensk to ne predstavlja zagotovila, da bi spolna segregacija v bolnišnicah učinkovito naslavljala omenjene problematike. Soočanje s tovrstnimi problematikami torej ne predstavlja enostavnega procesa, ki bi bil lahko dosežen s spolno segregacijo. Osebe z izkušnjo hospitalizacije v psihiatrični bolnišnici problematizirajo to, da je spol edini dejavnik separacije, saj bi bilo po njihovem mnenju potrebno določati namestitev pacienta glede na diagnozo, intenzivnost bolezni ter starost, ki prav tako predstavljajo pomembne faktorje pri kreiranju varnega in terapevtskega okolja (Leavey in drugi 2006, 89–90). Raziskava Leaveyja in drugih (2006) je pokazala skeptičnost hospitaliziranih glede skupne namestitve oseb z diagnozo depresije ter oseb z diagnozo psihotičnih motenj. Posledično želje hospitaliziranih vključujejo bolj primerno oddelčno delitev, ki bi bila zasnovana na podlagi starosti in diagnoze posameznika. Do napredka znotraj problematike zasebnosti, varnosti ter dostojanstva bi po mnenju intervjuvanih lahko prišlo že s primernejšo oddelčno porazdelitvijo, možnostjo zaklepanja toaletnih prostorov ter z večjo zasebnostjo tudi v času obiskov.

## **6       PREMIK       IZ       TOTALNE       USTANOVE       IN DEZINSTITUCIONALIZACIJA**

Termin dezinstitutionalizacija običajno označuje bodisi družbeni premik iz azila v skupnost in trend zniževanja hospitalizacij ter časa preživetega v psihiatrični bolnišnici bodisi družbeno

gibanje, ki je k temu premiku aktivno pripomoglo. Z dezinstytucionalizacijo so torej mišljene tudi družbene okoliščine, ki so omogočile odpravljanje totalnih ustanov, in iskanje alternativ v skupnosti za osebe z motnjo v duševnem zdravju. Poleg tega pa termin dezinstytucionalizacija vključuje konkretno ideologijo, ki se je kazala v kritikah, programih in inovacijah na področju duševnega zdravja in drugod. Dezinstytucionalizacija ne predstavlja le zapiranja velikih psihiatričnih bolnišnic in vpeljavo zdravljenja zunaj le-teh, temveč tudi spremembe v sami obravnavi motenj v duševnem zdravju, pri čemer so upoštevane tudi socialne in kontekstualne okoliščine le-teh. Proces dezinstytucionalizacije vključuje tudi procese politične, ekonomske, znanstvene in druge narave, torej presega zidove posamezne ustanove (Flaker 1998, 157). Pri procesu dezinstytucionalizacije gre za prehod, ki ga običajno označuje prehod od »medicinskega« k »socialnemu« modelu. Gre tudi za premik prostorskega organiziranja obravnave, in sicer od institucionalne k skupnostni, kar pomeni tudi premik iz institucionalnega v vsakdanji življenjski svet. V okviru procesa dezinstytucionalizacije je potrebno izpostaviti tudi uvajanje množice mrežno povezanih akterjev in programov, pa tudi prenos moči od institucij k ljudem (Flaker 2015).

Odpravljanje totalnih ustanov se je na svetovni ravni začelo odvijati že med drugo svetovno vojno oziroma takoj po njej, kar je predstavljalo posledico izkušnje z različnimi sistemskimi oblikami zapiranja tekom vojne, in sicer znotraj koncentracijskih taborišč. Oblikovati so se začela prepričanja o etični spornosti tudi »civilnih« različic zapiranja ter o pozitivnih aspektih dezinstytucionalizacije, kar je okrepilo skeptičnost v povezavi z učinkovitostjo in nenazadnje tudi smiselnostjo delovanja totalnih ustanov. Težnje številnih nasprotnikov institucionalizacije so vključevale vzpostavitev učinkovitejših alternativnih oblik v skupnosti za pomoč osebam z motnjo v duševnem zdravju. Zagovorniki dezinstytucionalizacije so mnenja, da totalne institucije, katerih delovanje temelji na podlagi zapiranja oseb z motnjo v duševnem zdravju, kratijo človekove pravice (Flaker 1998, 6).

Dva mejnika, ki bistveno zaznamujeta proces dezinstytucionalizacije, vključujeta radikalno zmanjševanje kapacitet psihiatričnih bolnišnic ter spremembe na zakonodajnem področju, ki odpravljajo psihiatrične bolnišnice kot elementarno obliko pomoči osebam z motnjo v duševnem zdravju. V ZDA je bil leta 1963 sprejet prvi zakon<sup>8</sup>, ki je omogočil ustanavljanje

---

<sup>8</sup> Ta prvi zakon poimenovan *Community Mental Health Center and Retardation Act* je bil sprejet v času predsedovanja Johna F. Kennedyja, saj je imela njegova sestra Rosemary Kennedy motnjo v duševnem razvoju. Pri njenih 23 letih so ji opravili postopek lobotomije, kar jo je trajno onesposobilo. Leta 1963 je John F. Kennedy podpisal prvo zakonodajo, ki je omogočila spremembe v obravnavi motenj v duševnem zdravju in razvoju (John F. Kennedy Presidential Library and Museum).

skupnostnih centrov za duševno zdravje. Ti naj bi postopoma nadomestili psihiatrične bolnišnice in delovali v skupnosti tudi na področju preventive in izobraževanja. V 60. letih in pozneje so v večini zahodnih držav sprejeli podobne zakone oziroma vpeljali politiko odpiranja vrat psihiatričnih bolnišnic (Flaker 1998, 158). V Franciji je bil leta 1968 sprejet zakon, ki je ločil psihiatrijo od nevrologije, spremenil status pacienta oziroma pacientke, vpeljal odprte oddelke, povečal pristojnosti sodnih organov za pravice pacientov in pacientk ter vključil psihiatrijo v medicino. Kljub nekaterim poskusom francoska psihiatrija ni začela procesa pravega zapiranja psihiatričnih bolnišnic (Castel v Flaker 1998, 158). V določenih državah, med katerimi so Anglija, Italija ter skandinavske države, so bile sprejete odločitve glede zaprtja vseh psihiatričnih bolnišnic. Poleg italijanskega primera velja torej za zgled vpeljave dezinstitucionalizacije tudi angleški primer zapiranja psihiatričnih bolnišnic. Reforma, ki je vključevala obravnavo v skupnosti, je bila v Angliji sprejeta v 60. letih. Bolj radikalne spremembe tudi v smeri porasta zapiranja psihiatričnih bolnišnic so se začele v Angliji odvijati konec osemdesetih in v začetku devetdesetih let.

Marginalizacija oseb z motnjo v duševnem zdravju predstavlja predmet mobilizacije številnih aktivističnih pristopov v obliki gibanj v tujini in Sloveniji, katerih zahteve temeljijo na opolnomočenju te družbene skupine, zmanjšanju oziroma prekinitvi klasičnega zaprtega sistema psihiatričnih bolnišnic ter vključevanju v skupnost. Konec sedemdesetih in v osemdesetih letih je torej večina zahodnih držav hkrati s preoblikovanjem sistema socialne varnosti dodobra spremenila politiko glede tovrstnih ustanov ter med cilje uvrstila odpravo letih (Flaker 1998, 6). V nadaljevanju sledi predstavitev primera dobre prakse dezinstitucionalizacije v Trstu, kjer so to opravili tako na konceptualni kot na praktični ravni. Najbolj radikalna sprememba zakonodaje se je zgodila prav v Italiji, in sicer s sprejemom *Zakona 180* leta 1978. V tem zakonu so bile vključene zahteve po zaprtju vseh psihiatričnih bolnišnic v Italiji do leta 1980, prav tako pa je prepovedal gradnjo novih, vpeljal centre za duševno zdravje v skupnosti in omejil prisilno zdravljenje, ki poteka na odprtem oddelku splošne bolnišnice (Ramon in Giannichedda v Flaker 1998, 159). Tržaški primer v tem oziru predstavlja specifičen razvoj procesa dezinstitucionalizacije, ki velja za svojevrsten unikum tudi v mednarodnem kontekstu in ni relevanten le za slovensko, temveč tudi za svetovno javnost. Tako laična kot strokovna javnost z vsega sveta obiskuje Trst z namenom informiranja o uspešnem procesu dezinstitucionalizacije ter o načinih učinkovite obravnave motenj v duševnem zdravju. Ravno v dneh opravljanja intervjuja v Trstu se je tu odvijalo zasedanje z imenom *Impazzire si può* (v slovenščini Lahko znorimo), kjer se je pokazalo prej

omenjeno zanimanje mednarodne javnosti za tržaški model obravnave motenj v duševnem zdravju. Tržaški primer dezinstitutionalizacije lahko služi kot primer dobre prakse tudi za slovenski kontekst, iz katerega bi morala ideje črpati strokovna javnost, politika in drugi akterji v Sloveniji. Poglavju o tržaškem procesu dezinstitutionalizacije sledi analiza procesa dezinstitutionalizacije v Sloveniji.

## 6.1 PRIMER TRŽAŠKEGA PROCESA DEZINSTITUCIONALIZACIJE

V intervjuju je tržaški profesor socialne psihiatrije, psihiater in reformator Dell'Acqua (2014) opisal proces dezinstitutionalizacije v Italiji. Začetke tega procesa v Italiji je umestil v obdobje šestdesetih in sedemdesetih let, ko se je v Italiji začelo gibanje, ki je privedlo do zaprtja psihiatričnih bolnišnic, in do *Zakona 180*, ki je vpeljal nov način soočanja s problemom psihiatrične pomoči. Dell'Acqua (2014) pravi, da je potrebno dezinstitutionalizacijo razumeti kot proces, ki vsebuje tudi zaprtje psihiatričnih bolnišnic, ampak ne temelji le na tem. V Evropi se je proti koncu 50. let oziroma v začetku 60. let oblikovala kritična zavest nekaj mladih nevrologov, filozofov, sociologov, ki se sprašujejo o tem, kaj je mentalna bolezen. V zvezi s tem je Dell'Acqua (2014) povedal naslednje:

*Ko govorim o mladih, mislim na primer Franca Basaglio in številne druge. To vprašanje o tem, kaj je mentalna bolezen, so mentalni bolniki nerazumljivi? Je nerazumljivo to, kar pravijo? Gre za bistveno vprašanje. Zakaj? Ker prisili te mlade, da se sprašujejo o smislu tiste discipline. Jasno je, da si ti mladi postavljajo to vprašanje zaradi novih spoznanj, ki bi jih radi prinesli na področje medicinske nevropsihiatrije. Nova spoznanja so jasno vse to, kar se je zgodilo v dvajsetem stoletju glede psihoanalize, glede fenomenologije, glede opažanj, ki jih naredijo o tem, kako se lahko psihiatrične bolnišnice upravljajo tudi drugače. Skratka, govorim po eni strani o terapevtskih skupnostih na Škotskem, Edinburg, Maxwell Jones. Govorim o izkušnjah psihoterapije v bolnišnicah v Franciji, na primer Tosquelles v bolnišnici svetega Albina v Pirenejih. Govorim o vsem tistem, ki predstavlja naporno raziskavo, ki jo imenujemo fenomenologija, ki se ukvarja z možnostjo psihiatra in psihiatrične znanosti, da stopi korak nazaj in poskuša opazovati to področje izven tistega, kar je znotraj te bolezni.*

Začetek procesa dezinstytucionalizacije v Italiji je povezan s prihodom nevrologa, psihiatra, profesorja in reformatorja psihiatrije v Italiji Franca Basaglie v Gorico, ko je leta 1961 prevzel položaj direktorja goriške psihiatrične bolnišnic z namenom njene preobrazbe. Zapiranje psihiatričnih bolnišnic v Italiji, še posebej tržaški primer, je torej tesno povezano z Basaglio. Dell'Acqua (2014) predstavi prihod Basaglie v Gorico v luči pomembnih dogodkov v 60. letih, ki so zaznamovali področje psihiatrije in psihiatričnih bolnišnic, in sicer omenja sovpadanje prihoda Basaglie v Gorico z izidom Goffmanovih *Azilov* in knjige *V suženjstvo zakleti* temnopoltega psihiatra Frantza Fanona v letu 1961, izpostavi pa tudi izid v italijanščino prevedene izdaje knjige *Zgodovina norosti* Michela Foucaulta v letu 1963.

*Kaj vidi Basaglia, ko pride tja (v Gorico)? On je mlad, ima 36 let, 37 let. Vidi nekaj, česar drugi niso zmožni videti. Zakaj vidi? Vidi, ker se je spraševal: kaj so mentalni bolniki, kaj je mentalna bolezen, kaj je norost, kaj je nerazumljivost? Ima idejo o tem, kaj je mentalna bolezen. Ko pride v Gorico, je tisto, kar najde, puščava. Kot bi rekel: »Tukaj ni nikogar več.« Ni več moških, žensk, delavcev, kmetov, gospodinj, učiteljic. Tam so samo mentalno bolni, ki pa niso več v družbenem kontaktu, niso več v odnosu, ampak so stlačeni v definicijo mentalne bolezni. Basaglia namreč pravi, da: »v tej instituciji, ki je psihiatrična bolnišnica, bom direktor, in kot direktor ne bom mogel biti soudeležen pri tem nasilju, pri tej puščavi.«*

*Basaglia v Gorici vidi terapevtsko skupnost, govori z osebami in mi na televiziji vidimo Ivo (mišljena oseba v splošnem, imena kažejo na personalizacijo oseb z motnjo v duševnem zdravju), vidimo Giorgia. Vprašanje pa je: kdo so te osebe? Ali je možno, da so te v norišnici, da so duševni bolniki? Torej ta začetni nosilni kamen, da damo bolezen med oklepaje, postane še močnejši, ker Basaglia in drugi ne smejo odnehati. Ko je storjen ta korak, pomeni to odprtje vrat, torej odprta goriška vrata. Goriška norišnica je prva norišnica na svetu, ki odpre vrata. /.../ Lahko bi rekli, da s tem prihodom nastane Zakon 180. Prišel bo skoraj 20 let pozneje, a izvira od tu, nastane iz teh vprašanj.*

*Naša zgodba se začne z odprtimi vrati. Dezinstytucionalizacija je sprememba idej, sprememba prakse, sprememba služb. Ko rečemo, da obstaja ta proces (dezinstytucionalizacije) od leta 78', to pomeni, da so številke naslednje: v Italiji je bilo v 60., 70. letih 120.000 ljudi v norišnicah, danes ni nikogar več, ni več norišnic.*

*Dejstvo, da ni več norišnic, pomeni, da ljudje živijo v strukturah, situacijah, ki so lahko preverljive. 1980 se zapre bolnišnica v Trstu.*

*Torej se od tam začne ta proces (dezinstitucionalizacije), ki se nadaljuje, ker je to zgodba, ki se seveda nikoli ne konča. Ker se je potem ta goriški proces (dezinstitucionalizacije) razvil v Trstu, a je okužil vso kulturo v Italiji. Ne v smislu, da so se vsi strinjali in živeli vsi ..., ampak v smislu, da se od nekega trenutka naprej ni več smelo zanižati možnosti, da bi hospitalizirane osebe postale osebe, osebki, državljani in bi jim priznali njihovo pravico, njihovo dostojnost, njihovo željo, da živijo svoje življenje. To je torej področje napetosti, ki je splošno dezinstitucionalizacija in, ki gre naprej, še danes se borimo proti sodnim norišnicam in gremo torej tako naprej, skratka nikoli se ne konča.*

Dell'Acqua (2014) je predstavil postopek v Italiji, ko se oseba danes znajde v psihični krizi:

*Prvi odgovor, ki ti ga lahko dam je, da se tej osebi povsod v Italiji zgodi, da vstopi v igro zakon. Slavni Zakon 180 ni zakon, ki zapira norišnice. Zapira tudi norišnice, a je zakon, ki ureja medicinsko obravnavo oseb v krizi, hudi, akutni in tako naprej, ki težko prepoznajo svojo potrebo po zdravljenju. To je ta voz, na katerem je potem v igri vsa moč. Ker ne prepoznaš svoje potrebe po zdravljenju in ker jaz mislim, da je to nevarno za družbo, te zaprem. Ne! Zakon 180 pravi, in to je bistvo: jaz prepoznam, da se ti slabo počutiš, prepoznam, da potrebuješ zdravljenje, prepoznam, da nisi zmožna sprejeti zdravljenja, in se moram angažirati, da bi ti lahko sprejela to zdravljenje, brez da bi ti jaz odvzel vse pravice in te postavil v situacijo tišine. V praksi se zgodi, da, če še vedno govorimo o Ivi, da punca, ki je na ulici, v svoji hiši, se zapre v sobo, ne želi več govoriti z materjo, ne gre več ven, noče jesti in tako naprej, družinski člani postanejo zaskrbljeni, to bodo povedali zdravniku, zdravnik bo govoril s službo za mentalno zdravje, ki bo govorila z Ivo. Če bo Iva rekla: »Ne, nočem, nočem, nočem,« bo vzpostavljeno tisto, kar se imenuje prisilno zdravljenje, čemur v angleščini rečemo 'compulsory treatment', ki pomeni tudi tukaj, da mora zdravnik potrditi, da oseba preživlja trenutek krize, ki ima povezavo z duševno motnjo, ki potrebuje zdravljenje, a ki to zdravljenje odreka. In torej reče županu, da naroči prisilno zdravstveno terapijo. Medtem vpraša za mnenje tudi drugega zdravnika psihiatra, torej mora imeti župan dve*

*mnenji. Zakaj župan? Ker so v italijanskem zakonu želeli ločiti mentalno bolezen od javnega reda in nevarnosti. V skoraj vseh evropskih državah zdravljenje naroči policija, sodišče, pretor<sup>9</sup>, sodnik, perfekt<sup>10</sup>. V Italiji je odgovoren župan, ker je župan demokratična, izvoljena avtoriteta določene skupnosti, ki mora zagotavljati zdravje vseh državljanov. Torej je to način, ki tudi simbolno pomeni, da se jaz trudim, da se ti zdraviš, in ne, ker bi se branil pred teboj. Torej se zgodi, da ta oseba, sedaj govoriva o povprečju, gre v civilno bolnišnico, kjer je psihiatrična služba in ta psihiatrična služba bo opravila prve pogovore, prva zdravljenja, in od tam bo potem oseba vstopila v sistem storitev duševnega zdravja, v Centre za duševno zdravje, ambulante, skratka je več načinov. To se zgodi več ali manj dobro povsod in se zgodi tudi na načine, ki so pogosto zelo približni, niso spoštljivi, skratka postane rutina. Kot zdravljenja v drugih resničnostih, kot je tista tržaška, se zgodi, da je to pogajanje, to srečanje z osebo zelo intenzivno, tako da se poskuša, v mejah mogočega, da ne pride do prisilne zdravstvene terapije. Tudi tukaj pa italijanski zakon, ko pravi: prisilna zdravstvena terapija, postavlja več omejitev. Pravi, ne več kot sedem dni. Če preseže sedem dni, mora zdravnik ponovno zaprositi za dovoljenje oziroma potrditev. Župan mora sporočiti sodniku, sodnik pa mora ščititi pravice tiste osebe. Slika se obrne povsem na glavo. Ko oseba razume, sprejme zdravljenje, mora biti prisilna zdravstvena terapija takoj prekinjena. Lahko se zgodi, da pride do zamud služb, zaradi česar ta slavna Iva ostane doma za svojimi zaprtimi vrati še mesec dni več in ni drugje.*

Med glavne prednosti procesa dezinstytucionalizacije Dell'Acqua (2014) prišteva:

*Glavne prednosti (dezinstytucionalizacije) so zanikanje nasilnega kraja, kraja oblastništva. Potem, druga glavna dobra stran je vpeljava diskusije o kulturi objektiviranja. Danes uporabljamo besedo dezinstytucionalizacija, da kritiziramo današnjo znanstveno psihiatrijo: psihiatrijo zdravlil, psihiatrijo zapiranja, psihiatrijo nevarnosti. Če rečem to, lahko ti in drugi pripomnite: dobro, to je ideološko, katere so res dobre strani? Če torej želim najti konkretne prednosti, ki se nanašajo, na primer, na organizacije, je ogromna prednost fragmentacija, deregulacija velike institucije norišnice, ki prisili v drugačno upravljanje z duševnimi motnjami, kar postane velika prednost na gospodarski ravni, ker so norišnice, institucije, s tem, kar proizvajajo, zelo*

<sup>9</sup> Višji uradnik, izvoljen za eno leto, ki vodi sodne zadeve.

<sup>10</sup> Zlasti v Italiji in Franciji najvišji upravni uradnik v provinci, departmaju.

*drage. In proizvajajo kroničnost, proizvajajo invalidnost, proizvajajo stroške, ki bodo skozi čas morali iti naprej na nedoločen način. /.../ Vse te prednosti (dezinstucionalizacije) si zaslužijo posebno pozornost ali zmožnost, da vladajo nad neskončnimi nasprotovanji, vedoč, da, ko se soočimo s tem problemom, damo roke nad moč, lobije, socialne razlike in tako naprej.*

Dell'Acqua (2014) pravi, da so najbolj izjemne prednosti dezinstucionalizacije tiste, ki zadevajo osebe z motnjo v duševnem zdravju. Poleg tega da v Trstu obstajajo službe, ki so blizu državljanom in državljanke ter ne temeljijo na zapiranjih, so v Italiji osebe z motnjo v duševnem zdravju v svojem stanju s podobo o možnosti, ki so zagotovljene vsem, in niso zaprte med zidove psihiatrične bolnišnice ali med »zidove« bolezni. Danes so osebe z motnjo v duševnem zdravju v Trstu obravnavane prek tržaškega *Urada za duševno zdravje (The Trieste Mental Health Department)*, ki sestoji iz naslednjih enot:

- štiri *Centri za duševno zdravje* delujejo 24 ur na dan, 7 dni v tednu. Vsak od njih pokriva področje 60.000 prebivalcev Trsta po sistemu teritorialne pripadnosti. Vsak center ima na voljo 6–8 postelj. Ti centri veljajo za vstopno točko v zdravstveni sistem duševnega zdravja in delujejo kot osrednji centri za koordinacijo aktivnosti. Nudijo tudi različne storitve in opravljajo intervencije. Štiri centri za duševno zdravje so se razvili iz izvorno petih delovnih skupin, ki so nastale tekom procesa dezinstucionalizacije v 70. letih;
- *Služba za psihiatrično diagnostiko in nego (Psychiatric Diagnosis and Care Service)*, ki se nahaja v splošni bolnišnici in ima 6 postelj. Omenjena služba tesno sodeluje z oddelkom za nujno medicinsko pomoč z namenom obravnave in razvrščanja nujnih psihiatričnih primerov – po začetni intervenciji posreduje primere pristojnemu *Centru za duševno zdravje*;
- *Služba za rehabilitacijo in bivanje (Rehabilitation and Residence Service)* se nahaja na območju San Giovannija in sodeluje s *Centri za mentalno zdravje* pri spremljanju in koordinaciji naslednjih rehabilitacijskih aktivnosti: rezidenčnih, individualnih (osebni rehabilitacijsko-terapevtski program), aktivnosti v dnevni centrih ter koordinaciji poklicnega usposabljanja;
- *Univerzitetna psihiatrična klinika* se nahaja na območju San Giovannija in deluje kot ustanova, ki izvaja specializacije iz psihiatrije, didaktične in raziskovalne projekte ter



omogoča asistenco drugim enotam. Ima 10 postelj, od katerih so štiri rezervirane za skupnostno varstvo duševnega zdravja (Dipartimento di Salute Mentale di Trieste).

## **6.2 PROCES DEZINSTITUCIONALIZACIJE V SLOVENIJI**

Primer dobre prakse iz Trsta kaže na to, da je zdravljenje oseb z motnjo v duševnem zdravju učinkovito tudi brez hospitalizacije v psihiatrični bolnišnici in da je institucionalizacija oziroma zapiranje oseb z motnjo v duševnem zdravju v psihiatrične bolnišnice nepotrebno. Kot je izpostavil tudi Dell'Acqua (2014) psihiatrične bolnišnice proizvajajo kroničnost – posledično je tudi v Sloveniji številnim osebam s kronično boleznijo zaradi motnje v duševnem zdravju določen status invalidov. Za razliko od tovrstnih postopkov in obravnave v Sloveniji imajo osebe z motnjo v duševnem zdravju v Italiji (zaradi diferencirane systemske obravnave le-teh) bistveno drugačne možnosti za življenje nasploh – ne zaznamuje jih kroničnost in posledično invalidnost v tolikšni meri kot v Sloveniji zaradi bolj učinkovite obravnave motenj v duševnem zdravju. Posledično lahko osebe z motnjo v duševnem zdravju v Italiji živijo samostojno življenje doma s podporo zgoraj omenjenih služb in centrov, katerih cilj je samostojno življenje oseb z motnjo v duševnem zdravju. Osebe z motnjo v duševnem zdravju so v Italiji v delovnem razmerju brez večmesečne hospitalizacije v psihiatrični bolnišnici in posledično premestitve na nižje delovno mesto (kot tudi v primeru intervjuvanke Izabele) ali prekinitve delovnega razmerja (kot tudi v primeru intervjuvanke Irene) kot je ustaljena praksa v Sloveniji. V primeru intervjuvancev in intervjuvank, s katerimi so bili opravljeni intervjuji v našem primeru, je invalidsko upokojenih zaradi motnje v duševnem zdravju kar sedem od devetih (le intervjuvanec Robert je invalidsko upokojen za polovični delovni čas). Izjemi sta v tem oziru le intervjuvanec Miha (študent, star 26 let) in intervjuvanec Domen (brezposeln, star 32 let), pri katerih pa se, ob ponavljajočih hospitalizacijah, ne izključuje pridobitev statusa invalida zaradi motnje v duševnem zdravju. Na to kažejo tudi podatki, in sicer od leta 2000 do 2011 je bilo v Sloveniji vsako leto med 3457 do 4290 oseb, ki so pridobile status invalida katerekoli kategorije zaradi motnje v duševnem zdravju. Delež oseb, ki so v Sloveniji pridobile status invalida zaradi motnje v duševnem zdravju se v tem obdobju letno giblje med 15.2 odstotka in 16.9 odstotki. Motnje v duševnem zdravju so v Sloveniji za 24.7 odstotkov do 27.7 odstotkov oseb razlog, da pridobijo prvo kategorijo invalidnosti (SPIZ v Resoluciji o nacionalnem programu duševnega zdravja 2014–2018). Po podatkih iz leta 2010 je v Sloveniji v starostni skupini od 20 do 64 let zaradi motnje v duševnem zdravju iskalo pomoč na primarni ravni (obsega osnovno

zdravstveno dejavnost in lekarniško dejavnost) skupaj 89.832 oseb, na sekundarni ravni (obsega specialistično ambulantno in bolnišnično dejavnost) pa skupaj 46.331 oseb.

Tabela 6.1: Število bolnišničnih obravnav zaradi motenj v duševnem zdravju za oba spola skupaj za starostno skupino od 20 do 64 let za leto 2010 in število dni bolnišničnih obravnav za isto skupino za oba spola skupaj

	20-64 let	
	število obravnav	število dni
PB <sup>11</sup> Begunje	959	33423
UKC Ljubljana	0	0
PB Ormož	844	38085
UKC Maribor	1052	38248
PB Idrija	1168	78140
PK Ljubljana	2997	147010
PB Vojnik	1010	43249
<b>Skupaj</b>	<b>8030</b>	<b>378155</b>

Vir: *Inštitut za varovanje zdravja* (v Resoluciji o nacionalnem programu duševnega zdravja 2014–2018).

Kot je razvidno iz tabele 6.1 deluje v Sloveniji pet psihiatričnih bolnišnic in Psihiatrični oddelek *Univerzitetnega kliničnega centra Maribor*. V letu 2010 je bilo število obravnav v vseh psihiatričnih bolnišnicah v Sloveniji skupaj 8030. V Sloveniji ostaja čas trajanja hospitalizacij v psihiatrični bolnišnici že nekaj let na isti ravni, in sicer v povprečju 42–48 dni, kar je več kot v Evropi (Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2014–2018). Evropska komisija je Slovenijo označila kot eno najbolj institucionaliziranih držav v Evropski uniji (Zbornik prispevkov izobraževanja Mreže za dezinstitutionalizacijo MDI 2015, 15–16). Kljub zavezi, da bo Slovenija aktivno udeležena proces dezinstitutionalizacije, so v planu še vedno novogradnje zavodov s sodobnim poimenovanjem – centri. V nadaljevanju bo pozornost namenjena genezi procesa dezinstitutionalizacije v Sloveniji.

V slovenski psihiatriji, z izjemo posameznih psihiatrov in psihiatrinj, dezinstitutionalizacija nikoli ni bila v primarnem planu. »Slovenska psihiatrija se je sicer deloma spreminjala, kot se je spreminjala psihiatrija v zahodnih državah, vendar razen transinstitutionalizacije (preselitve »kroničnih pacientov« v domove upokojencev) in modernizacije bolnišnične

<sup>11</sup> PB predstavlja okrajšavo za psihiatrično bolnišnico.

oskrbe ni storila veliko glede postavitve sistema skupnostnih služb v primerjavi z na primer tržaškim primerom« (Flaker 1998, 12). Proces dezinstucionalizacije se je v Sloveniji začel konec šestdesetih let z eksperimentom v Logatcu, v naslednjih desetletjih pa je postal del akcijskih projektov v kolonijah na Rakitni in Pohorju, taborih Črnega mrava, pa tudi v skupnostnih akcijah za Bežigradom in v Mostah. Cilji omenjenega procesa so se oblikovali v osemdesetih letih na taborih v Hrastovcu in prek aktivnosti *Odbora za družbeno zaščito norosti*. Devetdeseta leta so zaznamovala začetek uvedbe skupnostnih služb, in sicer stanovanjskih skupin<sup>12</sup>, dnevnih centrov<sup>13</sup> in klubov, združenj uporabnikov in njihovih svojcev, prav tako pa se je uveljavilo individualno načrtovanje in direktno financiranje (Flaker 2012, 13–27). Kljub vpeljavi reformnih praks je takrat, ko bi se morala dezinstucionalizacija uveljaviti kot načelo delovanja sistema, prišlo do zastoja procesa, za kar je razloge mogoče iskati v pomanjkanju političnega angažmaja ter v fragmentaciji različnih sektorjev in strok.

Obstaja prepričanje, da je pozitivna stran zavodov koncentracija sredstev in znanja za strokovno pomoč osebam z motnjo v duševnem zdravju, ampak »kvalitetni in specialistični kader se zbira v urbanih okoljih, ne pa na podeželskih zavodih, ki delujejo precej destimulativno tudi na tiste redke strokovnjake [strokovnjakinje – op. a.], ki zaidejo vanje. Sredstva, ki so tam koncentrirana, pa niso porabljena toliko v dobro varovancev [varovank – op. a.], kolikor za nemoteno delovanje zavoda« (Flaker 1998, 10). Ekonomska koristnost zavodov zaradi zaposlovanja podeželskega prebivalstva v manj razvitih področjih ne opravičuje interno porabo teh sredstev znotraj zavodov in ne v dobro varovancev in varovank. Za razliko od porabe sredstev v zavodih, se sredstva, ki so investirana v skupnostne službe, povrnejo, saj krepijo splošno infrastrukturo, storitvene dejavnosti in zaposlujejo mlade strokovnjake (Flaker 1998, 9). Primerjava stroškov zavodske in skupnostne skrbi sproža različna mnenja. Po mnenju Flakerja (1998, 9) je skupnostna oskrba tudi za najtežje prizadete lahko cenejša od zavodske, kar je pokazala tudi študija primera s strani Suzane Oreški (2015).

---

<sup>12</sup> Je manjša bivalna enota za osebe z motnjo v duševnem zdravju, ki potrebujejo podporo pri bivanju ter organiziranju vsakdanjega življenja. Stanovanjske skupine se nahajajo v urbanem okolju, v običajnih stanovanjih in stanovanjskih hišah. V stanovanjskih skupinah v Sloveniji biva v njih sočasno med tri in pet oseb z motnjo v duševnem zdravju. Glede pokritosti stanovanjskih skupin po regijah v Sloveniji glej sliko 6.1 in tabelo 6.1. S teh je razvidno, da zasavska in spodnje-posavska regija trenutno nimata stanovanjskih skupin. V Sloveniji je skupaj 52 stanovanjskih skupin, vseh uporabnikov je med 334 in 373, se pa ta številka pogosto spreminja (Velkov 2015).

<sup>13</sup> Ponuja dnevno organizirano obliko psihosocialne pomoči in podpore osebam z motnjo v duševnem zdravju, ki potrebujejo predvsem pomoč pri strukturiranju svojih potreb ter preživljanju prostega časa. Večina aktivnosti poteka v skupini, lahko pa tudi individualno, pri čemer je uporabnikom in uporabnicam omogočena pomoč pri pridobivanju in ohranjanju socialnih veščin, funkcionalnih znanj in spretnosti, širjenju socialne mreže ter zmanjševanju socialne izključenosti. Dnevni centri so prisotni v vseh regijah v Sloveniji, skupaj jih je 30 (glej sliko 6.1 in tabelo 6.1). Število uporabnikov v dnevni centrih se giblje med 2.323 in 2.614 (Velkov 2015).

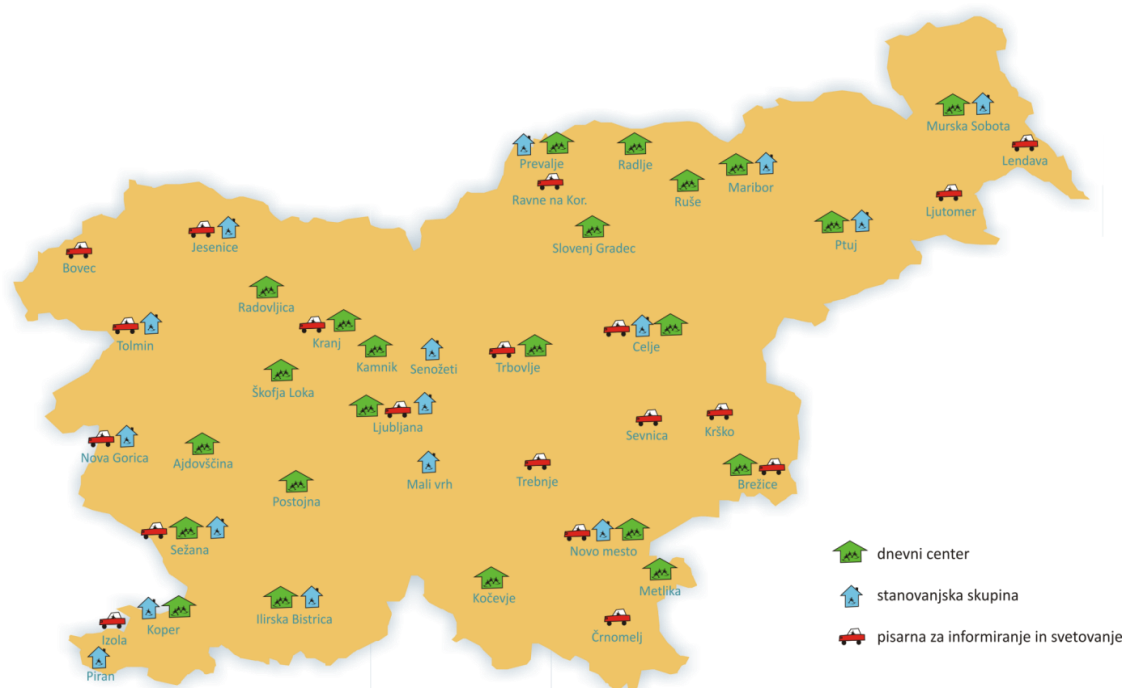
Opravila je primerjavo stroškov skupnostne oskrbe z institucionalnimi, in sicer primerjala je analizo storitev in stroške vključenosti osebe z motnjo v duševnem zdravju v program svetovalnice s terenskim delom prek društva *Altra* s stroški institucionalne namestitve v zavodu *Hrastovec*. Če ob upoštevanju stroškovne učinkovitosti vključimo še kvaliteto, racionalnost, učinkovitost in etičnost obravnave, prednjačijo skupnostne oblike obravnave motenj v duševnem zdravju.

Leta 2010 so se težnje po dezinstitutionalizaciji totalnih ustanov v Sloveniji udejanjile v iniciativi *Iz-hod*. Nastanek omenjenega aktivističnega gibanja je povezan s projektom neposrednega financiranja uporabnikov storitev v skupnosti, ki je tem zagotavljal samostojno življenje v skupnosti. Ob koncu leta 2009 se je omenjeni projekt končal, posledično se je oblikovala idejna zasnova za spodbuditev ohranjanja državne pomoči uporabnikom in uporabnicam pri preskrbi s storitvami znotraj skupnostnih služb (Rafaelič in drugi 2012). Iniciativa *Iz-hod* je potekala med 18. julijem in 24. avgustom 2010, pri čemer je skupina aktivistov in aktivistk, z začetkom v Hrastovcu in končno postajo v Ljubljani, obhodila vse psihiatrične bolnišnice in posebne zavode, nekaj zavodov za usposabljanje, domove za ostarele, za mladino in otroke, za tujce in druge v Sloveniji, kar je skupaj predstavljalo 700 kilometrov prehojene poti. Težnje aktivistov so vključevale opozarjanje javnosti na obstoj ustanov za dolgotrajno zapiranje, spodbujanje transformacije ustanov v skupnostne službe oziroma dezinstitutionalizacijskih ukrepov, pridobivanje podpornikov, ki bi se bili pripravljene preseliti v skupnost, pozivanje k sprejemanju povratnikov iz ustanov ter participacijo v okviru priprave, spremembe ali vpeljave zakonske podlage za udejanjanje predlaganih reform (Rafaelič in drugi 2012). Po mnenju aktivistov in aktivistk ter podpornikov in podpornic pohoda veljajo totalne ustanove za »zločine miru«, za vzdrževanje katerega je potrebno zaznamovati posameznike in posameznice, jih odstraniti in zapreti v njim namenjene disciplinske ustanove. Odstranjevanje iz okolja, izolacija in vpliv na identiteto varovancev ter varovank totalnih ustanov omogoča njihovo označbo oziroma izključitev, na tovrsten način so ti v družbi postavljeni za druge. »Duševne bolnišnice ne ozdravijo ... prav nasprotno, povzročijo omrtvičenje, nezainteresiranost in radikalen umik vase« (Rafaelič in drugi 2012, 215). Med učinke *Iz-hoda* spada preselitev peščice ljudi ter predlog nacionalnega načrta socialnega varstva o implementaciji dezinstitutionalizacije v reformi zavodov in oskrbe za starejše na način, kjer bo skupnostni delež storitev vsaj enak institucionalnemu (Flaker 2013). Običajno varovanci in varovanke totalnih ustanov iščejo osebno odgovornost oziroma osebno krivdo za svojo stisko, in sicer v smislu »če sem zaprt [/a – op. a.], sem gotovo naredil [/a – op. a.] nekaj narobe« (Flaker 1998, 189), gre pa za širši koncept

družbenega nadzora nad deviantnimi, ki vključuje etiketiranje izločenih ljudi in opominja ostale zunaj zidov totalnih ustanov na morebitno realizacijo podobnega scenarija ob njihovem nediscipliniranem vedenju. Tako imenovani zločini miru, ki se dogajajo v imenu vzdrževanja družbenega reda in miru, delujejo v skladu z regulativami družbenega nadzora oziroma z manifestacijo uspešnega spopadanja z motečimi in deviantnimi družbenimi skupinami.

V Sloveniji programi nevladnih organizacij, ki delujejo na področju duševnega zdravja, danes vključujejo stanovanjske skupine, dnevne centre, svetovalne pisarne s terenskim delom<sup>14</sup> (glej sliko 6.1 in tabelo 6.1), telefonsko svetovanje (prek društva *Tvoj telefon*; društva *Samaritan* in drugih) in druge, kot so na primer: zagovorništvo; skupine za samopomoč; predavanja in delavnice za osebe z depresijo in anksioznimi motnjami prek društva *DAM*, izobraževanje in svetovanje svojcem (Fundacija za financiranje invalidskih in humanitarnih organizacij, *Združenje Humana* itd.), društvo *Mostovi* in drugi.

Slika 6.1: Pokritost Slovenije s programi nevladnih organizacij na področju duševnega zdravja (stanovanjske skupine, dnevni centri, pisarne za informiranje in svetovanje)



<sup>14</sup> Je organizirana oblika podpore osebam z motnjo v duševnem zdravju in njihovim sorodnikom, ki se izvaja v njihovem življenjskem okolju ali v prostorih organizacije. S tem pristopom je omogočen dostop do oseb, ki jih drugače zaradi različnih razlogov (trenutnega poslabšanja, oddaljenosti, slabih transportnih povezav, narave duševne motnje) ne bi bilo mogoče vključiti v primerne oblike pomoči. S tovrstno obliko podpore so pokrite vse regije, razen podravske. To storitev v Sloveniji uporablja 1.696 oseb (Velkov 2015).

Vir: Velkov (2015).

Tabela 6.2: Izvajalci storitev v skupnosti in število teh storitev v Sloveniji

<b>Organizacije</b>	<b>Stanovanjske skupine</b>	<b>Dnevni centri</b>	<b>Svetovalne pisarne</b>
<b>Altra</b>	8	2	2
<b>Novi Paradoks</b>	9	3	0
<b>Šent</b>	11 + 2 osebi v individualni namestitvi	14	0
<b>Ozara</b>	16	5	13
<b>Vezi</b>	7	3	0
<b>CSD-ji</b>	1	3	1
<b>Skupaj</b>	<b>52</b>	<b>30</b>	<b>16</b>

Vir: Velkov (2015).

Flaker (2015) meni, da so stanovanjske skupine v Sloveniji prevelike in nepretočne, delujejo kot dopolnilo in pogosto na institucionalni način, saj ne veljajo za dom, kjer bi ljudje suvereno stanovali. Kljub preselitvam v stanovanjske skupine so osebe z motnjo v duševnem zdravju še vedno v krogih zavodov (cirkulacija) in le malo je preseljenih na način, ki bi omogočal samostojno življenje. Podobno meni tudi Videmšek (2013, 186), ki pravi: »vmesnost stanovanjskih skupin je bolj ideološka kot aplikativna kategorija, kajti vmesnost (iz institucij v samostojno življenje) se redko zgodi«. Svetovalne pisarne razvijajo kapilarne oblike oskrbe in pomoči s pomočjo terenskega dela, vendar težko presežejo svetovalni domet, saj nimajo zagotovljenih sredstev za delovanje. Z ozirom na dnevne centre Flaker (2015) izpostavlja njihovo segregacijo in usmerjenost v varstvo, prav tako pa je po njegovem mnenju premalo storitev vključevanja v navadne oblike dela in preživljanja časa. Osebno načrtovanje in

izvajanje storitev je uveljavljeno kot metoda v nekaterih zavodih, centrih za socialno delo in nevladnih organizacijah, vendar je zaradi nedostopnosti sredstev velikokrat neučinkovita.

## 7 OPIS METODOLOGIJE IN VZORCA

S pomočjo izbranih metod raziskovanja (etnografsko raziskovanje, poglobljeni intervjuji) bodo obravnavana videnja glede institucionalizacije s strani intervjuvancev in intervjuvank, pozornost pa bo posvečena tudi vplivu hospitalizacije osebe v psihiatrični bolnišnici na njeno identiteto. Poleg tega bo raziskava vključevala diferencirane prakse dezinstitutionalizacije in vpliv bivanja v stanovanjski skupini na osebe z motnjo v duševnem zdravju. Zanimanje bo usmerjeno tudi v nagovarjanje spola s strani psihiatrične bolnišnice, obstoj morebitnih razlik med ženskimi in moškimi oddelki ter analizo razlik med oddelki psihiatrične bolnišnice. Odgovori na zastavljena raziskovalna vprašanja bodo temeljili na izsledkih analize poglobljenih intervjujev s petimi hospitaliziranimi v *PK Ljubljana* in s štirimi osebami, ki bivajo v stanovanjski skupini združenja *ŠENT* v Ljubljani, ter ugotovitvah etnografskega raziskovanja, ki je potekalo na območju *PK Ljubljana* v obdobju med 19. septembrom 2014 ter 27. oktobrom 2014. Opravljen je bil tudi intervju s psihiatrom, upokojenim profesorjem socialne psihiatrije s *Fakultete za psihologijo Univerze v Trstu* ter enim izmed reformatorjev italijanskega sistema obravnave oseb z motnjo v duševnem zdravju Peppejem Dell'Acquo. Intervjuji so trajali različno dolgo, in sicer najkrajši okrog 45 minut, najdaljši pa skoraj tri ure. Izbrana metodologija temelji torej na implementaciji kvalitativnih metod raziskovanja, ki so primerne za poglobljeno preučevanje primerov, in sicer na poglobljenih intervjujih ter etnografskem raziskovanju. Metodi etnografskega raziskovanja ter poglobljenega intervjuvanja »poudarjajo vživljanje raziskovalca v raziskovalno okolje in prizadevanje, da bi odkril pomen in pomembnost družbenih pojavov za ljudi v teh okoljih« (Ragin 2007, 96–106). Ti metodi sta najbolj primerni za analiziranje družbenih razmer na mikro ravni neposredne medosebne interakcije. Kot primer tovrstnega raziskovanja lahko služi dlje časa trajajoče opazovanje in interakcija z ljudmi v nekem okolju, kar je predstavljalo podlago za detajlno analizo tudi pri Goffmanu (1991), ki je ugotovitve raziskave tudi na podlagi opazovanja osebja in hospitaliziranih v psihiatrični bolnišnici *St. Elizabeth* v Washingtonu D. C. zbral v delu *Azili*. Za tak način raziskovanja je potrebno poglobljeno znanje za predstavitev »predmeta« raziskovanja, ki je utemeljeno na perspektivi preučevanih ljudi, kar pomeni, da je

potrebno razumevanje njihovih življenj in svetov skozi njihovo percepcijo (Ragin 2007, 107; Lamut in Macur 2012, 133).

Etnografski pristop raziskovanja temelji na vpogledu raziskovalca/-ke v družbeno okolje za daljše časovno obdobje z namenom opazovanja, spraševanja, poslušanja in izkušanja situacije, kar omogoča razumevanje procesov in pomenov, ki se odvijajo znotraj analiziranega okolja (Bryman v Walliman 2006, 131). Dobesedni pomen termina etnografija predstavlja opis ljudi, in sicer gre za obravnavo ljudi v kolektivnem smislu, ne le posameznikov in posameznic, predstavlja torej način preučevanja ljudi v organiziranih skupinah, njihovih institucij, medosebnih odnosov, materialne produkcije ter prepričanj. V okviru etnografske metode gre izpostaviti pomen terena, saj je njeno izvajanje fokusirano na okolje, kjer ljudje dejansko bivajo, in ne na »laboratorije«, prostore, kjer bi raziskovalec/-ka lahko nadzoroval/-a elemente vedenj, katere bi potem opazoval/-a in meril/-a. Ena izmed karakteristik etnografske metode vključuje personalizacijo, saj je izvedena s strani raziskovalcev in raziskovalk, ki so v kontaktu s preučevanimi osebami iz oči v oči, torej so udeleženci/-ke in opazovalci/-ke hkrati. Etnografska metoda je večfaktorska, saj je njena izvedba povezana z implementacijo dveh ali več tehnik zbiranja podatkov, ki so lahko bodisi kvalitativne bodisi kvantitativne narave, prav tako pa zahteva longitudinalno obravnavo, pri čemer časovni okvir le-te variira od nekaj tednov do leta dni in več. Induktivnost etnografske metode se kaže skozi rabo deskriptivnih podrobnosti, prek katerih se gradi na analizi splošnih vzorcev ali razlagi teorij. Poleg predstavljenih značilnosti etnografske metode je potrebno izpostaviti tudi njeno dialoško in holistično naravo, saj raziskovalec oziroma raziskovalka stremi k posredovanju kar najbolj avtentičnega portreta preučevane skupine (Angrosino 2007, 1–15). V splošnem se raba etnografske metode nanaša na preučevanje družbenih problemov ali vedenj, ki niso še jasno razumljeni, prav tako pa je raba omenjene metode smiselna v primerih, ko cilj raziskovanja vključuje razlago osebnih dojemanj obravnavanih oseb (Angrosino 2007, 20). Izbor etnografskega načina raziskovanja je v bil v primeru pričujočega dela povezan z upoštevanjem generalnih družbenih videnj glede motenj v duševnem zdravju, saj laični javnosti te še vedno predstavljajo dokaj neznano področje, katerega se prepogosto stigmatizira. Raziskovalna vprašanja so v našem primeru vezana na pridobivanje informacij o osebni izkušnji ljudi ter njihovih mnenj z ozirom na tematiko raziskovanja. Etnografsko raziskovanje je bilo za namen pričujočega dela izvedeno prek opazovanja z udeležbo. Raziskovalci in raziskovalke na terenu lahko uporabljajo različne tehnike zbiranja podatkov o preučevani skupini, ob predpogoju sprejetja posamezne/-ga raziskovalke/-ca s strani obravnavane skupine. Po mnenju Bernarda (v Angrosino 2007, 56) je opazovanje z udeležbo



strategija, ki olajša zbiranje podatkov na terenu. Opazovanje z udeležbo je torej morda bolj smiselno obravnavati kot vrsto kontakta s »subjekti« (Reinharz, Bernard v Roberts 2002, 152). Termin opazovanje z udeležbo združuje poimenovanje vloge raziskovalca/-ke (neke vrste udeleženca/-ke) ter poimenovanje tehnike dejanskega zbiranja podatkov (opazovanje). Opazovanje omogoča neposredno zbiranje primarnih podatkov, ki izhaja iz antropoloških in etnoloških raziskav. Raziskovalec ali raziskovalka lahko z opazovanjem zbira podatke v »naravnem« okolju objekta raziskovanja, do katerih opazovana oseba ne bi omogočila vpogleda prek intervjuvanja, pri čemer gre predvsem za teme senzibilne narave, ki so lahko drugim tehnikam skriti (Cohen in drugi v Lamut in Macur 2012, 132).

Z ozirom na klasifikacijo opazovanja je v našem primeru to potekalo na način odkritega opazovanja z udeležbo, kjer sem se kot opazovalka vključila v skupino, ki sem jo nameravala opazovati, pri čemer so bili člani skupine seznanjeni z mojim raziskovalnim namenom. Opazovanje je temeljilo na holističnem pristopu (Sagadin; Cohen in drugi v Lamut in Macur 2012, 134–135), kjer so bile vnaprej določene splošne smernice, in sicer namen in cilj opazovanja ter bistvene vsebinske kategorije, torej sodi, glede na omenjene karakteristike diferenciranih vrst opazovanja, tovrstno opazovanje med nestrukturirano opazovanje. Ena izmed elementarnih prednosti nestrukturiranega opazovanja je ta, da kljub določenim elementom, ki so bili vnaprej določeni, to ne omejuje raziskovalca oziroma raziskovalke pri beleženju opažanj, ki v obravnavani situaciji pritegnejo njegovo/njeno pozornost. Nestrukturirano opazovanje omogoča vpogled v interakcije skupine, prav tako pa zaobjame kontekst, v katerem se interakcija odvija, pri čemer je upoštevan tudi vpliv fizičnega okolja (Mulhall v Lamut in Macur 2012, 135). Raziskovalec oziroma raziskovalka, ki se poslužuje etnografske metode raziskovanja lahko zavzame vloge, ki segajo od tiste, kjer deluje kot popolni/-a opazovalec/-ka, do tiste, kjer je popolni/-a udeleženec/-ka, vendar večina etnografov in etnografinj zavzame vlogo opazovalca/-ke kot udeleženca/-ke ali udeleženca/-ke kot opazovalca/-ke (Angrosino 2007, 54–55), kamor bi lahko uvrstili tudi vrsto opazovanja za namen raziskave v okviru pričujočega magistrskega dela.

Poleg etnografskega raziskovanja je bilo za zbiranje podatkov esencialnega pomena tudi opravljanje poglobljenih intervjujev. Dominanta metode kvalitativnega intervjuvanja vključuje postavljanje vprašanj in spodbujanje pogovora z namenom pridobivanja informacij o določenem družbenem fenomenu ter razumevanje načina razmišljanja intervjuvancev in intervjuvank (Bryman v Walliman 2006, 131). Glede na način pridobivanja podatkov bi opravljene intervjuje lahko uvrstili med neposredne intervjuje, saj je šlo za direktno zbiranje

podatkov o osebi oziroma skupini, ki je bila predmet proučevanja, torej zbiranje podatkov ni potekalo prek posrednikov. Upoštevajoč število sodelujočih bi lahko vse opravljene intervjuje uvrstili med individualne intervjuje (Mužić v Lamut in Macur 2012, 143), kajti bili so izvedeni ločeno, z izjemo intervjuja z intervjuvancema, ki bivata v stanovanjski skupini prek združenja *ŠENT*, saj sta prišla skupaj na intervju in sta bila, v izogib čakanju, zainteresirana za skupno izvedbo intervjuja. Zaradi senzibilnosti tematike je bila izvedba intervjujev vezana na globinsko intervjuvanje v obliki polstrukturiranega intervjuja. V nekaterih primerih so bila zastavljena dodatna vprašanja z namenom poglobljenega razumevanja določenega dela izkušnje ali percepcije intervjuvanca ali intervjuvanke. Nekoliko bolj obsežen nabor vprašanj pri intervjuvancih in intervjuvankah, ki so bili v času mojega raziskovanja hospitalizirani v *PK Ljubljana*, je povezan s časom, ki smo ga imeli na voljo v primerjavi z intervjuvancema in intervjuvankama, ki bivajo v stanovanjski skupini prek združenja *ŠENT*. Izvedba globinskega intervjuja omogoča dostop do osebnih interpretacij družbene realnosti s strani intervjuvane osebe ter razumevanja le-teh (Sagadin v Lamut in Macur 2012, 147).

Izsledki analize transkriptov poglobljenih intervjujev ter ugotovitve zbrane s pomočjo etnografskega raziskovanja so bile primerjane s teoretičnimi predpostavkami, ki so predstavljene v magistrskem delu. Tekom raziskovalnega procesa so bila upoštevana temeljna izhodišča kvalitativnega raziskovanja, in sicer načelo odprtosti in načelo komunikacije v zvezi s pridobivanjem podatkov ter ekspanzija eksplorativne faze tradicionalnega raziskovalnega procesa na celoten potek raziskave (Toš 1988, 202).

Prvotni načrt raziskovanja se zaradi zavrnitve moje prošnje za raziskovanje s strani vodstev vseh psihiatričnih bolnišnic v Sloveniji ni udejanjil. Argumentacije posameznih zavrnitev s strani vodstev psihiatričnih bolnišnic so zbrane v prilogah, in sicer v poglavju z naslovom *Odgovori psihiatričnih bolnišnic na prošnjo o raziskovanju*, kjer je detajlno predstavljen tudi celoten proces kontaktiranja posameznih bolnišnic. Vodstva *PB Begunje*, *PB Idrija* ter *PB Vojnik* so svoj odgovor sporočila v doglednem času, kar je trajalo od 6 do 15 dni, pri *PB Ormož* pa je postopek obravnave moje prošnje trajal od 27. 6. 2014 do 12. 9. 2014, kljub desetim telefonskim klicem pristojne direktorice z moje strani v omenjenem obdobju ter dvakratnem pošiljanju prošnje in vsebine raziskovanja. Na odgovor s strani *PK Ljubljana* je bilo po prvem pošiljanju prošnje prek klasične pošte, trikratnem pošiljanju le-te po elektronski pošti ter telefonskem klicu potrebno čakati en mesec, za argumentacijo zavrnitve prošnje pa skoraj dva. Za namen razumevanja zaprtosti psihiatričnih bolnišnic v Sloveniji bi bilo

smiselno izpostaviti argumentacije le-teh pri zavrnitvi moje prošnje za raziskovanje, in sicer direktorica ormoške psihiatrične bolnišnice mi je v zadnjem telefonskem pogovoru dejala:

*Naše področje, področje duševnega zdravja, je občutljivo, to je zelo občutljiva populacija. Mi smo mala bolnica, poskusite v večjih, pri nas veljajo ista pravila, hišni red za celo bolnico, pri nas je cela bolnica en sam oddelk, so mali oddelki, tako da pri nas ni razlik med oddelki. Tudi mi imamo veliko anket, pa tudi nimate izkušenj s tega področja, ne poznate tega področja, ne opravljate prakse, recimo za sestre, ki delajo tu, vem za njihovo znanje. Glede na nalogo in vsebino sem skeptična glede tega.*

S strani tajnice vodstva *PK Ljubljana* pa mi je bila v telefonskem pogovoru posredovana naslednja informacija: »Vaša prošnja še ni bila prebrana, o tem bodo sicer diskutirali na seji, ampak vam že vnaprej povem, da ne bo nič.« V telefonskem pogovoru je argumentacija zavrnitve moje prošnje za raziskovanje s strani strokovne sodelavke za upravno pravne zadeve iz sektorja za izobraževanje *PK Ljubljana* vključevala naslednji citat: »Raziskovanje omogočamo le študentom medicine, študentov družboslovja ne spuščamo noter.« Odgovor poslovne sekretarke v imenu strokovne direktorice *PB Vojnik* na mojo prošnjo pa je bil naslednji: »V Psihiatrični bolnišnici Vojnik so hospitalizirani ljudje v posebno občutljivem obdobju psihičnega poslabšanja in ocenjujem, da jih v takem stanju ne moremo izpostavljati nobeni dodatni obremenitvi, ki se neposredno ne tiče samega procesa psihiatričnega zdravljenja.« Dodatna obremenitev, ki naj bi jo moje raziskovanje predstavljalo hospitaliziranim, se je izkazala za izgovor vodstva bolnišnice, saj so vsi, s katerimi sem se srečala tekom raziskovanja v *PK Ljubljana*, prostovoljno sodelovali pri mojem raziskovanju in bili zainteresirani za pogovor, nekaterim je bilo po pogovoru lažje in so izrazili hvaležnost za moj angažma.

Zaradi zgoraj opisanih razmer v zvezi z zavrnitvami raziskovanja s strani vseh psihiatričnih bolnišnic sem pričela sodelovati z združenjem *ŠENT* v Ljubljani, od koder sem že po prvem telefonskem pogovoru z vodjo programa stanovanjskih skupin pri omenjenem združenju prejela pozitiven odgovor in pripravljenost na sodelovanje. Najprej je bil za intervju zainteresiran le en intervjuvanec (Ciril), nakar je vodja programa stanovanjskih skupin za intervju motivirala še enega intervjuvanca ter dve intervjuvanki. Intervjuvanca ter intervjuvanki z izkušnjo hospitalizacije v psihiatrični bolnišnici so bili intervjuvani v prostorih *Slovenskega združenja za duševno zdravje ŠENT* na Linhartovi 13 v Ljubljani. Prvi intervju je potekal hkrati z dvema intervjuvancema, z Miho in Magdo, in sicer 17. 7. 2014. Preostala dva

intervjuja sta potekala ločeno na dan 18. 7. 2014. Intervjuvancema ter intervjuvankama je bila tekom intervjuvanja zagotovljena zasebnost. Zaradi varovanja zasebnosti intervjuvancev in intervjuvank so njihova imena izmišljena, prav tako določeni podatki, po katerih bi jih bilo mogoče prepoznati, v tem oziru predstavlja izjemo le intervjuvanka Irena, pri kateri ni bil uporabljen psevdonim, ker je želela biti v magistrski nalogi predstavljena s svojim imenom.

## **8 ANALIZA INTERVJUJEV**

### **KRATKA PREDSTAVITEV <sup>15</sup> INTERVJUANCEV in INTERVJUVANK, KI SO V ČASU INTERVJUVANJA STANOVALI V STANOVANJSKI SKUPINI PREK ZDRUŽENJA ŠENT**

**Miha, star 26, po poklicu gostinsko-turistični tehnik, sedaj ima status študenta s posebnimi potrebami, za oktober 2014 je načrtoval nadaljevanje študija**

V psihiatrični bolnišnici je bil prvič hospitaliziran leta 2008, in sicer v *PK Ljubljana*. Težave so se mu začele pojavljati po pitju alkohola, poleg blodenj je imel občutek, da ga zasledujejo. Prijateljica je opazila njegove težave, nakar ga je pospremila k psihiatru, ki ga je napolnil v psihiatrično bolnišnico. Prva hospitalizacija je trajala dva meseca, potem je prišlo do ponovitve stanja pred hospitalizacijo, kar je zahtevalo ponovno hospitalizacijo. V psihiatrični bolnišnici je bil hospitaliziran devetkrat. V stanovanjski skupini biva od januarja 2013 naprej.

**Magda, stara 52, po poklicu pedikerka, invalidsko upokojena**

Magda je prvič zbolela pri šestnajstih letih, takrat je bila trikrat hospitalizirana. V psihiatrični bolnišnici je bila hospitalizirana skupno petkrat; štirikrat v *PB Vojnik*, enkrat pa v *PK Ljubljana*. V vmesnem času med prvimi hospitalizacijami in potem ponovnimi v zadnjem času je omenila, da ni prejela terapije in so se po njenem mnenju posledice tega tudi poznale. Magda je v stanovanjski skupini z dvomesečno prekinitvijo od decembra 2010.

---

<sup>15</sup> Tukajšnji opis intervjuvancev in intervjuvank je skoncentriran pretežno na njihovo izkušnjo hospitalizacije in percepcij glede problematik v zvezi s psihiatričnim zdravljenjem, zato na tem mestu niso predstavljeni njihovi hobiji, zanimanja in tako naprej, saj se raziskovalna vprašanja pretežno dotikajo njihove izkušnje hospitalizacije in percepcij.

### **Ada, stara 58 let, po poklicu profesorica matematike, invalidsko upokojena**

Pri Adi so se težave v duševnem zdravju začele pojavljati po porodu v obliki poporodne depresije, kasneje je zbolela za bipolarno motnjo. V program stanovanjskih skupin je vstopila pred štirimi leti. Hospitalizirana je bila več kot 50-krat, prvo hospitalizacijo je doživela v Stockholmu, ostale pa so potekale v *PK Ljubljana*.

### **Ciril, star 64 let, po poklicu profesor geografije in zgodovine, invalidsko upokojen (z letom 1984)**

Ciril je zbolel za paranoidno shizofrenijo in psihozami. Skupni čas vseh njegovih hospitalizacij znaša nekje do 5 let. Leta 1979 je bil zadnjič hospitaliziran, kasneje je z dovoljenjem psihiatra opustil psihofarmake in jih od takrat naprej ni več jemal. V stanovanjski skupini je 13 let, od leta 2001 naprej. Po trinajstih leta čakanja je dobil neprofitno stanovanje s strani *Mestne občine Ljubljana*, tako da se je s pomočjo psihoterapevke v času opravljanja intervjuja pripravljal na samostojno življenje. Kot njegov največji dosežek izpostavlja poučevanje na gimnaziji.

## **KRATKA PREDSTAVITEV INTERVJUVANCEV in INTERVJUVANK, KI SO BILI V ČASU INTERVJUVANJA HOSPITALIZIRANI V PK LJUBLJANA**

### **Irena, (starosti ni želela izdati – okrog 50 let) po poklicu psihologinja, invalidsko upokojena**

Prvič je bila hospitalizirana leta 1988, vse hospitalizacije pa je preživela v *PK Ljubljana*. Ne želi izdati števila vseh njenih hospitalizacij. Kot razlog za prvo hospitalizacijo navaja živčni zlom zaradi fanta, zaradi česar je bil sklenjen dogovor glede hospitalizacije med njeno materjo in zdravnikom. V času mojega raziskovanja je bila, kot pravi, hospitalizirana zaradi konfliktov, ki jih je imela z očetom.

**Robert, star 43 let, po poklicu kovinar, zaposlen za polovični delovni čas, za polovični delovni čas pa upokojen**

Prvič je bil hospitaliziran leta 2002. V času mojega raziskovanja je bil hospitaliziran četrtič, vedno pa je bil hospitaliziran v *PK Ljubljana*. Med razloge za njegovo hospitalizacijo prišteva uživanje marihuane in alkohola, po njegovem pričevanju mu je bila določena diagnoza bipolarna motnja.

**Cilka, stara 60 let, profesorica slovenistike ter primerjalne književnosti in literarne teorije (brez diplome), invalidsko upokojena**

Njena prva hospitalizacija sega v leto 1982, ko je bila hospitalizirana v *PB Idrija*, kjer ji je bilo predpisanih in izvedenih pet elektrošokov. Motnja v duševnem zdravju se ji je pojavila tudi zaradi razmer v družini, ki so, kot pravi, vplivale na porast njene shizoidnosti. Kot razlog za hospitalizacijo v času mojega raziskovanja prav tako navaja družinske razmere, bolezni v družini ter kopičenje problematičnih okoliščin. Hospitalizirana je bila približno petnajstkrat, prvič v *PB Idrija*, potem pa vedno v *PK Ljubljana*.

**Domen, star 32 let, po poklicu električar, brezposeln**

Prvič je bil hospitaliziran leta 2010. Kot razlog za prvo hospitalizacijo navaja svojo glasnost in »divjanje« doma, nakar je prišlo do dogovora med njegovo materjo ter zdravniki. Tekom prve hospitalizacije mu je bila pripisana diagnoza paranoidna shizofrenija. V času mojega raziskovanja je prestajal tretjo hospitalizacijo v *PK Ljubljana*. Vsakokrat je bil hospitaliziran za obdobje dveh, treh mesecev.

**Izabela, stara 62 let, po poklicu trgovka, starostno upokojena**

Med razloge za prvo hospitalizacijo leta 1994 prišteva izgorelost zaradi dela. Zaradi tokratnih internističnih zdravstvenih težav je bila, po dogovoru vnuka in psihiatrinje, namesto na *Internistično prvo pomoč* sprejeta v *PK Ljubljana*. Hospitalizirana je bila sedemkrat, in sicer vedno v *PK Ljubljana*.

## **8.1 DOJEMANJE INSTITUCIONALIZACIJE S STRANI OSEB Z IZKUŠNJO HOSPITALIZACIJE V PSIHIATRIČNI BOLNIŠNICI ter ZNAČILNOSTI OBRAVNAVANE TOTALNE USTANOVE**

**Odgovor na raziskovalno vprašanje 1: Kakšno je dožemanje institucionalizacije s strani intervjuvanih z izkušnjo hospitalizacije v obravnavani totalni ustanovi ter katere značilnosti totalnih ustanov veljajo za preučevano ustanovo?**

Pri iskanju odgovora na raziskovalno vprašanje, ki zadeva videnja institucionalizacije s strani intervjuvanih z izkušnjo hospitalizacije v psihiatrični bolnišnici *PK Ljubljana*, bo poudarek na analizi njihovih osebnih izkušenj s hospitalizacijo v psihiatrični bolnišnici. Na podlagi njihovih izkušenj bo izpeljana primerjava oziroma skladnost pričevanj intervjuvancev ter intervjuvank s teoretskimi in empiričnimi dognanji avtorjev, ki so bila predstavljena v teoretskem delu. Analiza poglobljenih intervjujev vključuje obravnavo značilnosti delovanja *PK Ljubljana* glede na teoretska in empirična dognanja avtorjev z ozirom na koncept totalne ustanove. Pozornost pa bo namenjena tudi percepcijam intervjuvancev ter intervjuvank glede institucionalizacije v psihiatrični bolnišnici, in sicer obravnavano bo vprašanje nadzora, zasebnosti, odnos med osebjem in hospitaliziranimi ter razlike med zaprtimi in odprtimi oddelki v psihiatrični bolnišnici *PK Ljubljana*. Eno izmed skupnih presečišč pričujočega dela ter Goffmanove (1991) analize delovanja totalne ustanove zadeva obravnavo dožemanj varovancev in varovank teh ustanov, saj so v primeru obeh del videnja oseb z izkušnjo hospitalizacije esencialnega pomena za razumevanje ter analizo delovanja psihiatrične bolnišnice kot totalne ustanove. Ena izmed dominant pri odgovarjanju na zastavljeno raziskovalno vprašanje bo vključevalo preučevanje tega, v kolikšni meri se pravzaprav teoretske refleksije in empirični izsledki z ozirom na totalne ustanove kažejo v primeru *PK Ljubljana*.

Temeljno izhodišče moderne družbe je, da oseba spi, dela ter preživlja prosti čas na različnih krajih z različnimi soudeleženci, pod različno oblastjo ter brez vseobsegajočega plana za razliko od elementarne značilnosti totalnih ustanov, ki zaobjema podiranje meja med omenjenimi tremi sferami. Potrebno pa je vzeti v obzir omejitve tovrstnega idealno-tipskega modela, kajti nobena značilnost ni značilna le za totalne ustanove in nobena ne velja za vse totalne ustanove, čeprav je v vsaki totalni ustanovi prisotnih veliko značilnosti, ki po definiciji

veljajo zanje. Ena izmed osrednjih značilnosti totalnih ustanov je tudi ta, da je življenje oseb vodeno pod eno oblastjo in na enem kraju. Za totalne ustanove je značilno tudi kolektivno življenje oseb, ki so enako obravnavane in od katerih se zahteva skupno opravljanje iste stvari, poleg tega pa so vse faze dnevnih aktivnosti določene po natančno strukturiranem urniku, pri čemer se zaporedje aktivnosti odvija po sistemu eksplicitnih formalnih pravil. Različne predpisane dejavnosti tvorijo en racionalni načrt z namenom izpolnjevanja uradnih ciljev institucije. Obravnava številnih potreb oseb na način birokratske organiziranosti večjih skupin ljudi, ne glede na to, ali je to nujno ali učinkovito sredstvo družbene organizacije v danih okoliščinah, je ključno dejstvo totalnih ustanov (Goffman 1991, 17–19). Vse zgoraj naštetе značilnosti totalnih ustanov veljajo tudi za *PK Ljubljana*, kjer je bilo prav tako mogoče zaslediti bivanje večjega števila ljudi na enem kraju, pod eno oblastjo, ki obravnava vse vidike življenja oseb v ustanovi, prav tako pa kolektivne aktivnosti, natančno določen urnik, razcep med hospitaliziranimi in osebjem, ki predstavlja skrbniško in pazniško oblast, ter zasledovanje izpolnjevanja plana delovanja ustanove.

Tovrstna birokratska organiziranost totalnih ustanov zahteva specifično obravnavo dela. Precizno določen dnevni raspored za varovance in varovanke v totalnih ustanovah kaže na pomen načrtovanja, ki zadeva vse ključne potrebe varovancev in varovank, med katerimi je tudi delo, čeprav znotraj totalnih ustanov obstajajo drugačni motivi za delo in odnosi do tega (Goffman 1991, 19–21). V nekaterih totalnih ustanovah so varovanci in varovanke preobremenjeni z delom, v drugih psihiatričnih bolnišnicah pa je včasih predpisanega tako malo dela, da to varovancem povzroča dolgočasenje, kar so izpostavljali tudi intervjuvanci. Na primer Domen je povedal naslednje: *»Na zaprtem (oddelku PK Ljubljana) televizja je, si pa zaklenen, si pa skos notr, ja, to traja ponavad tri, štir dni, pol greš na odprtga, to je samo prehodno. Majo pa tud še en oddelk I3, k te majo pa loh en mesec notr (na zaprtem oddelku), prvič pa drugič sem bil tm, zdej nisem bil. Ven ne morš it, skos si notr, eni in isti prostori, ni tok zasebnosti, skos en okrog tebe, dolgčas, monotono«.*

Ada je navedla svojo izkušnjo, ki se ravno tako navezuje na dolgočasenje v psihiatrični bolnišnici: *»V bistvu si zavit v eno vato, tm je za vse poskrbleno, kar se teh fizičnih potreb tiče, in nimaš kaj počet, saj so skupine, hvalabogu, da so, pa je bla glasbena, likovna, pa je bla telovadba, pravljice za odrasle pa tko, na vse te skupine sem hodila, ampak še kljub temu mi je ostalo časa, da smo na balkonu posedali, pa kadili in to ni blo nobeno zdravljenje pol, ne.«*

Robert je svojo izkušnjo bivanja na zaprtem oddelku psihiatrične bolnišnice predstavil takole: *»Ta prvič sem bil na zaprtem oddelku in gor je pa groza, sam sem pa ke hodš, ne, nimaš ne*



televizije, nič no, farcajh tkole gor prvezan, pa ne smeš več k 20 evrov met pr seb, vse poberejo, obleko, obutev, sam pižamo ti dajo.« Magda pa je povedala sledeče: »Izrazito, nič nisi mel za delat, razen sodelovat na skupinah, pogovorih in tko naprej, in v tistem prostem času, ki si ga imel, si enostavno taval iz enga hodnika v drug hodnik.«

Ne glede na količino dela, ki jo morajo hospitalizirani v psihiatrični bolnišnici opravljati, so tovrstne razmere za osebe, ki so bile zunaj delovno usmerjene, demoralizirajoče (Goffman 1991, 21–22). Z ozirom na to gre izpostaviti nezdružljivost med totalnimi ustanovami ter temeljno družbeno strukturo, ki temelji na delu za plačilo, prav tako pa so totalne ustanove nezdružljive še z enim elementarnim elementom naše družbe, in sicer z družino, v okviru česar je Ada izpostavila svojo izkušnjo:

*Kr mal me je spremenila (hospitalizacija v psihiatrični bolnišnici), nisem več tak optimist kot sem bla včasih, ne vidim svetle prihodnosti pred sabo, negativno me je to zaznamovalo, kr neki mi je tud to vzelo, predvsem družino, otroke. 26. maja 1988 sem spoznala, da sem bolana, pol kasnej sm bla pa res hospitalizirana na Švedskem, ker smo šli gor, ker je bivši mož mislu, da bo mogoče sprememba okolja pripomogla k temu, da se moja poporodna depresija umakne, pa se je odmaknila za neki časa, pol je pa še hujš ven udarl. Takoj, ko je bivši mož, vidu, da je to resna stvar, ko so ga opozorili na to, da si loh tud kaj naredim, je pol takoj angažiral svojo mamo, mojo bivšo taščo, da je prletela gor (v Stockholm), pa spakirala otroke, pa so me odpelali sem dol v Polje. Na začetku mi je še stal ob strani, pol pa ne več. Drugo si je najdu, pol ko je druga zanosila z njim, sem morala it iz hiše, pa dva majhna otroka pustit. Ker sem bla hospitalizirana, nisem mela pravne možnosti, da bi jih pr seb mela, sem jih dala njemu v začasno varstvo, to sem posebi poudarila: začasno, ampak nikol ni pršlo do tega, da bi otroci pol z mano žvel. Takrat, ko je bla vojna v Sloveniji, sem mela eno hudo prometno nesrečo, po tisti prometni nesreči sm se komi k seb spravla, oni (bivši mož skupaj z novo partnerico in vsemi otroki) so pa med tem časom v Ameriko pobegnli, pa nisem vidla otrok sedem let. Slišala sem jih enkrat na mesec, pa pisala sem jim pisma, pa risbice risala pa take stvari. Štiri pa šest let sta bla stara takrat, ko so šli, pol pa enajst pa trinajst, ko so nazaj pršli. Klicala sem na ameriško ambasado v Zagreb, v Ljubljani je tkrt še ni blo, in so mi rekli, če je bil na sodišču on določen kot začasni skrbnik svojih otrok, jih ma pravico odpelat kamor hoče. On je takrat reku eno leto, pol se je pa to sam zavlačval.*

Magda je glede odnosa z družino povedala naslednje: *»Zej sem se prostovoljno odločila, da grem notr ane, ker sm pač vidla, da sem res bolana in da morm. Dolg časa sem rabla, da sm prišla do tega in tud posledice v mojem življenju glede tega so ble kar hude in zarad tega tud mogoče mal bolj odklonilno gledam na bolnišnico in na te zadeve, ker sem prevč izgubila zarad tega, verjetno se zarad tega tak počutim, ogromno mi je to vzelo.«* Z izgubo je bil mišljen tudi odnos s svojci: *»Tudi doma, tist pa sploh, s svojci, odkar sem bla zdej nazadnje v bolnici, niti nimam stikov, zato ker pač me smatrajo, da sem nora in so mi vsi obrnali hrbet. Vsi, razn mojih otrok, drgač pa vsi.«*

Izabela pa je izpostavila to, da je tekom njene prve hospitalizacije leta 1994 v *PK Ljubljana* psihiater prepovedal obiske njeni družini in prijateljem, in to brez njene vednosti. Posledično si ni znala razložiti vzroka za prekinitev stikov z družino in mislila, da so jo vsi zapustili, nakar so jo svojci seznanili z omenjenim napotkom psihiatra, z upoštevanjem katerega naj bi ji omogočili boljše in hitrejše okrevanje.

## **NADZOR V PSIHIATRIČNI BOLNIŠNICI PK LJUBLJANA**

Na vprašanje glede morebitnega občutka nadzora oziroma opazovanosti tekom hospitalizacije v psihiatrični bolnišnici je Magda odgovorila:

*Da, prikriti nadzor, vse pod kontrolo, js sem mela občutek, ker so ble kamere nameščene, da še pod tušem in v wc-ju nisi mel zasebnosti. Izrazito, nč nisi mel za delat, razen sodelovat na skupinah, pogovorih in tko naprej. In v tistem prostem času, ki si ga imel, si enostavno taval iz enga hodnika v drug hodnik, oni so pa potem seveda na podlagi tega, kak si se ti obnašal, podal svoje mnenje potem zdravnikom.*

Adino videnje nadzora v psihiatrični bolnišnici: *»Nisem mela tistga vtisa, da bi mi sledil, pa da bi me opazval, pa da bi za vsak korak reagiral, ampak tko no, na oddelku si, pa pol, če greš vn hodit, moraš povedat, da greš ven, pa če maš kšne obiske, moraš povedat, da maš obiske, pa da greš z obiski ven, pa včasih tud po sobah kontrolirajo, kako maš pospravljen.«*

Podobno kot Magda tudi Ada izpostavlja pasivnost z ozirom na preživljanje časa v psihiatrični bolnišnici.

Ciril:

*Seveda sem mel občutek, da me opazujejo, js mam paranoidno shizofrenijo in v nulo tud ..., zdej, ne takrat, takrat sem to doživljal, da pišejo časopisi o meni, da na dnevniku govorijo o meni, to je paranoidnost, zdej popolnoma ločim notranje dogajanje, bolezensko, zdej ga že dolgo vrsto let, da pa na takšno stopnjo pride, pa leta in desetletja minevajo. Nadzor je bil v sistemu, ne da bi oprezali za tabo.*

Irena:

*Sem pod kontrolo sester. Poročajo naprej, kaj delamo, nadzorovanje, lahko bi rekla o Foucaultu, ko je pisal o zgodovini norosti, ne, te bolnice so se razvile iz azilov za prestopnike, kjer je šlo za nadzorovanje in kaznovanje. In ta princip se ponavlja, samo v drugih oblikah še naprej. Nadzorovanje je del njihove prakse.*

Cilka:

*Ja, ne vedno, ampak večinoma. To je nadzorovan hotel na način, da sestre opazujejo in potem posredujejo to naprej, oni dobronamerno nadzorujejo, ima pa vsakdo različen mentalni, socialni, erotični, intelektualni in estetski domet, to so si pa ljudje na splošno zelo različni.*

Če najprej izpostavimo pomen družbenega nadzora, je potrebno omeniti tudi Szasza (1997), ki z ozirom na zapiranje oseb z motnjo v duševnem zdravju izpostavi prav vlogo družbenega nadzora, ki deluje po principu dodeljevanja družbenih vlog ter vzpostavljanja in ohranjanja družbenega reda. Družbeni nadzor predstavlja enega pomembnejših vzrokov za razumevanje motenj v duševnem zdravju kot družbenih anomalij ter posledičnega dojetanja oseb z duševno motnjo kot družbenih sovražnikov. Označevanje ljudi za nore je skozi historični kontekst distinktiralo ljudi na bolne in zdrave, nadalje je uvedba institucije, ki obravnava bolne, ter zapiranje bolnih v tovrstne totalne ustanove pomenila uvedbo družbenega nadzora nad družbeno nesprejemljivo deviantnostjo. Tovrstni procesi kategorizacije in etiketiranja delujejo v okviru obrambe dominantnega reda, morale in vrednot; družbeni nadzor pa vključuje nadzor in uspešno spopadanje z motečimi in deviantnimi deli populacije. Osebe z duševno motnjo predstavljajo »motnje« v sistemu, primarna funkcija družbe pa v tem primeru

vključuje zaščito zdravih ljudi pred osebami z duševno motnjo. Delovanje družbenih in institucionalnih mehanizmov nadziranja vključuje strogo institucionalno vlogo psihiatričnih bolnišnic, ki ne skrbi za nekatere realne potrebe oseb z duševno motnjo. Družbeni nadzor torej predstavlja enega elementarnih dejavnikov vzpostavitve motenj v duševnem zdravju v luči družbenih odstopanj. Zapiranje deviantnega dela populacije v totalne ustanove predstavlja pogoj za delovanje družbe nadzora prek mehanizmov nadzora nad družbenimi anomalijami. Totalne ustanove delujejo po principu binarne delitve in zaznamovanja ter prisilnega delovanja in diferencirane razdelitve. Ob primerjavi disciplinskega sistema psihiatrije s konceptom krožnega sistema *Dantejevega pekla*, je mogoče v zadnjem, devetem krogu najti najbolj zaprte institucije, kjer so nameščeni kronični in »neozdravljivi« primeri, na primer na zaprtih oddelkih bolnišnic v ustanovah tipa *Hrastovec*. Del prvega kroga predstavljajo najbolj mehki prijemi psihiatrije, s katerimi se vsi srečamo, in sicer popularna psihologija, psihoanalitična kultura, psihološki testi na razgovorih za službo in tako dalje. Med notranjimi krogi in črnimi luknjami obstajajo določene paralele, saj se tu znajdejo tisti, ki jih stigmatizacija in institucionalizacija prikrajšajo za »normalnost« oziroma za mobilnost znotraj zunanjih krogov (Flaker 1998, 148–149). Po Benthamu (1995) predstavlja krog bistveno obliko nadziranja, saj sta totalno opazovanje in popoln pregled mogoča v tako imenovani konstrukciji *Panoptikuma*, kjer gre običajno za krožno stavbo. Sredinski položaj stolpa omogoča pregled nad vsemi celicami, kjer so varovanci in varovanke vidni. Tako nadzorovanje poteka samodejno in nadzornik ne deluje na principu razkazovanja moči, ampak na načelu skritosti moči, ki ob večji skritosti le-te, poseduje še večji učinek na opazovane. Ključnega pomena ne predstavlja dejansko nadzorovanje s strani supervizorjev v stolpu panoptikuma, saj so ti posamezniki skriti očem opazovancev in opazovank, ampak občutek opazovanosti v vsakem trenutku ter efekt na opazovanca in opazovanko, ki se zavedata svoje vloge objekta. Panoptikum po mnenju Foucaulta (2006a, 74) predstavlja diagram mehanizma oblasti, ki je zreduciran na njegovo idealno formo ter programira osnovno delovanje družbe prek disciplinskih mehanizmov. Panoptikum velja za abstraktno formo, obstoj dejanskih panoptikumov je maloštevilen, vendar gre za koncept moči in pogleda, za vprašanje subjektivacije in inferiornosti. Panoptizem se ne nanaša le na arhitekturo, saj deluje tudi v drugih oblikah, na primer zbiranje podatkov za razne kartoteke, beleženje dogodkov na oddelkih psihiatričnih bolnišnic in tako naprej (Flaker 1998). Psihiatrična bolnišnica je ustanova, ki deluje na podlagi systemskega nadzora in vsevidnosti v vsakem trenutku dneva, kar so izpostavljali tudi intervjuvanci in intervjuvanke. Ciril govori o obstoju nadzora v sistemu, ki ne temelji na opazovanju. Magda pa glede nadzora v psihiatrični

bolnišnici pravi, da gre za prikriti nadzor ter posredovanje informacij o obnašanju hospitaliziranih naprej do psihiatrov in psihiatrinj. Podobno videnje ima tudi Irena, ki izpostavlja nadzorovanje kot del prakse psihiatrije, ter Cilka, ki psihiatrično bolnišnico poimenuje »nadzorovan hotel«. Nadzorovanje je v psihiatričnih bolnišnicah povezano z zapiranjem, ki pravzaprav omogoča večjo stopnjo nadzora hospitaliziranih.

## **VLOGA ZAPIRANJA V PSIHIATRIČNI BOLNIŠNICI PK LJUBLJANA**

Na vprašanje, ki se je dotikalo zapiranja v psihiatrični bolnišnici, so intervjuvanci ter intervjuvanke odgovarjali:

Irena: »Fobijo mam že od tega, js ne prenesem zaprtih prostorov, ker sem bla tolkkokrat zaprta. Prej je blo to še hujše. Zdej se dela na bolj human način, pa prostori niso več tko grozni, včasih je blo pa tko kot v taborišču, vse zaklenjeno, grozni prostori, grozno osebje, ki te je žalilo, te poniževalo. To mi je pustilo posledice. To naredi občutek moči, ja.«

Robert:

*Na zaprtem sem bil sam en dan zdej (tekom hospitalizacije v času mojega raziskovanja). Prpelu sem se s taksijem od doma, ne, pa so vidl, da je glava taka (z rokami pokaže na »veliko glavo«), bum bum bum, vse je bobnel noter, vedu sem, za kam sem, no, ne maram pa tistih, k z Litije pridejo, ne (mišljeni so reševalci in policisti, ko ga pridejo vsi iskat), pa še policija je za tabo, če jim kej ni prou, te kar vklenejo pa tko naprej. Ta prvič sem bil na zaprtem oddelku in gor je pa groza, sam sem pa ke hodš ne, nimaš ne televizije, nč no, farcajh tkole gor prvezan, pa ne smeš več k 20 evrov met pr seb, vse poberejo, obleko, obutev, sam pižamo ti dajo. Takrt sem mogu bit zaprt, očitno sem kazu znake nasilja.*

Cilka:

*Kar sem js dala te bolnice skos, se je ogromno spremenilo. Še leta 2007, ko sem bla na sprejemni ... še leta 2009 so bile na zaprtem oddelku zaprte sobe, od enih do treh so bile spalnice odprte, potem so jih pa zapirali. Ta zadnje, ko sem bla, so ble odprte noč in dan, tako da smo imeli tudi delček zasebnosti in tako, da je tudi Evropska unija*

*financirala to Polje, da je zdej I oddelk vzorno narjen, E se mi zdi tudi kar, tale A tudi, v bistvu vsi no, je bolj humano. Odvisno tudi kolk si bolan, js, ko sem se noter počutla dokaj zdravo, nisem mela tega občutka strahu pred zaklenjenimi vrati, je blo pa hudo bit na zaprtem poslušat tiste, ki so bli tkrt pač bolani, recimo ves čas »holokavst, holokavst, Auschwitz, Auschwitz«, to je blo zelo travmatično zame in potem sem pač jokala in pisala, to je bla zame terapija.*

Domen: »Ja, nuja (zaklenjena vrata so nuja), to je nuja, to more bit tko, nimam težav s tem.«

Izabela: »Me zelo moti, kr smatram, da so sami ključarji, da nč družga ne delajo k vrata zapirajo za nami, pa zaklepajo, čeprou tuki na odprtem oddelku je to drugač, ampak gor na zaprtem oddelku se pa sploh nisem znajdla v tistih hodnikih, sploh nisem vedla al levo al desno in sem se samo po slikah na steni orientirala, kam morm it, da pridm na pravo mesto.«

Temelj vsake totalne ustanove predstavlja »zapiranje, ki spremeni deterritorializirano, gibljivo maso prebivalstva v nadzorovano, urejeno, regimentirano in uporabno množico« (Brown Vail v Flaker 1998, 118). Foucault (2004, 158) obravnava totalno ustanovo kot disciplinski aparat, znotraj katerega poteka razvrščanje posameznikov in posameznic v prostoru s pomočjo discipline, ki včasih zahteva zaporo. Tovrstnim krajem, ki se zapirajo sami vase, pravi »zavarovani kraji disciplinske monotonije.« Kot je bilo že omenjeno v zgodovinskem pregledu institucionalizacije, sega pojav zapiranja v kontekstu totalnih ustanov v 17. stoletje, ki ga Foucault (1998) imenuje »veliko zapiranje« revnih, deviantnih, brezposelnih zaradi njihovega nesodelovanja pri delu ter prenosu znanja in lastnine (Flaker 1998, 79).

Termin »inmate«, katerega pomen implicira stanje znotraj, ne obstaja brez signifikantnega pomena izhoda iz ustanove za osebe znotraj le-te (Goffman 1991, 23). Na moje vprašanje glede najbolj pogostih misli tekom hospitalizacije v psihiatrični bolnišnici je Izabela odgovorila: »O tem, kako bi ven pršla, kako bi pršla čimprej domov.« Domen pa je povedal naslednje: »Dab hotu it domov, pa kako bi se ga zakadu al pa kej takšnga, mi je laži tuki dobit kukr doma, sem opazu. Doma morš it v Lublano, recimo na Metelkovo, pa tm pol enga dobit, da ti zrihta travo.«

Skupini osebja in hospitaliziranih ločuje ključ, ki ima simbolno vlogo v psihiatrični bolnišnici, na kar je opozorila tudi Izabela: »Smatram, da so sami ključarji, da nč družga ne delajo k vrata zapirajo za nami, pa zaklepajo, čeprou tuki na odprtem oddelku je to drugač.« Tudi Ciril pravi: »Takrat ni blo nobene šanse, da bi se z nekom od zunaj kar tko pogovarjal, si

*bil dobesedno izločen, si padel v en poseben svet, na margino, za zidovje in ključne psihiatrične bolnice, je blo analogno, zlo podobno arestu.»*

Bolezen, stiska ali socialni status ne bi smeli biti determinirajoči faktorji za odvzem oziroma kratenje pravic osebam, ki jih imamo drugi za samoumevne (Flaker 1998, 6), kamor spada tudi pravica do svobode. Prve konotacije večine intervjuvancev in intervjuvank na vprašanje: »Kako vidite zapiranje oziroma zaklenjena vrata v PB?« so vključevale bivanje na zaprtem oddelku, čeprav je zapiranje del ustaljene prakse tudi na odprtem oddelku, samo v manjši meri, kajti odprte oddelke se zvečer zapira in zjutraj odpira. Najverjetneje so tovrstne konotacije povezane z dejstvom, da je zapiranje na zaprtem oddelku najbolj zaznamovalo čas njihove hospitalizacije v psihiatrični bolnišnici, kajti izpostavljajo odtegnitev številnih stvari, ki so se jim »zunaj« zdele samoumevne, v psihiatrični bolnišnici pa se je vrednotenje samoumevnosti določenih dobrin, navad transformiralo v privilegije, nagrade. Intervjuvanci in intervjuvanke so naštevali na primer neomejeno gibanje, uporabo telefona po lastni presoji, gledanje televizije, izbor svojih oblačil in obutve, dostop do cigaret, kave in denarja.

Prostori psihiatričnih bolnišnic izražajo arhitekturno, funkcionalno in hierarhično kompleksnost. Prvi velik projekt, ki ga je opravila disciplina, je vzpostavitev sistema za spreminjanje množice v urejene mnogovrstnosti, in sicer delo na sistematični klasifikaciji bolezni, porazdelitev pacientov in njihovo ločevanje ter skrbna razdelitev bolnišničnega prostora (Foucault 2004, 165), ki se znotraj psihiatričnih bolnišnic kaže tudi v primeru različnih tipov oddelkov.

## **RAZLIKE MED ZAPRTIMI IN ODPRTIMI ODDELKI V PSIHIATRIČNI BOLNIŠNICI PK LJUBLJANA**

O razlikah med zaprtimi in odprtimi oddelki v psihiatrični bolnišnici z ozirom na dostop do telefona, interneta, obleko, zaklepanje, varnost so intervjuvanke in intervjuvanci povedali naslednje:

Miha:

*Na odprtem (oddelku) je več svobode, lahko greš ven, kdaj hočeš, na zaprtem si pa prisiljen biti tan. Na zaprtem oddelku ne smeš meti telefona pri sebi, na odprtem oddelku pa lahko maš, pa na odprtem oddelku je tudi en računalnik, ki ga lahko*

*uporabljajo pacienti, sicer je s tem Facebookom pa to, to je blokirano, tak drugače, če si kaj YouTube pa to, to lahko. V zaprtem oddelku smo meli svojo spalno srajco (mišljeno bolnišnično) pa to, mislim to perilo, ne, smo mogli biti v tistem, na odprtem oddelku si bil pa civilno oblečen, tako kot zdaj. Na zaprtem oddelku so zaklepali tud sobe, pač je bla določena ura, ko si šel ven iz sobe, pa so zaklenili sobo, potem si pač mogel biti tam v dnevni sobi al pa se sprehajat po hodniku al pa ne vem, na odprtem oddelku pa tega ni. Na zaprtem oddelku nisi smel meti niti britvic za briti, pa nožev pa to tak ne, v kuhinji so bili plastični noži.*

Magda:

*Odprti oddelek je bil bolj v redu, a ne, zato ker, prvič, si mel civilna oblačila, lahka si mel telefon, lahka si šel ven na izhod, če si mel dovoljenje, ampak po navadi na odprtem si mel, a ne. Pa sodelovanje recimo mal bolj na raznih skupinah, na organiziranem sprehodu, pa tko, ne, tak da je blo kar v redu, sicer smo tud na zaprtem meli kak krajši sprehod, ampak na odprtem je blo pa kr, a ne, tak uredi sprehod smo nrdil, tk da je blo prou uredi, a ne. Meni je velik pomenlo, da si si lahka prnesu iz delovne terapije na odprti oddelek, če si kaj takega delal, da si lahk tud gor počel a ne, al štrikal al kvačkal al šival kaj, gobeline al karkoli, pač je bil dostop, no, tud škarje nam je sestra načeloma dala, če smo jih rabli pa to, sam se je pol vidlo, da samo za delo potrebujemo, tak da ni blo drugač kakih drugih omejitev.*

Ada:

*Na zaprtem oddelku si pod večjim nadzorom, zaklenjen si, niti svojih cigaret ne smeš met, pa vžigalnika, če kadiš, pa itak tam skor vsi kadimo, cigarete ma pa sestra spravljene, pa za vsazga posebi si moral it prosit, pa tam je bil kar na štokih en fajrcajh, da si si pržgal, pa šel v kadilnico kadit, tista kadilnica je bla ena čist majhna luknja, da je blo čist zakajeno notr, ampak meni še kljub temu cigareti niso zasmrdeli, še do dans ne, ne vem, kdaj mi bodo, tolk enga dnarja gre za to. Na zaprtem oddelku si moral met telefon spravljena pr sestri, pa sam, če je blo kaj nujnega, ti ga je dala, da si poklical, na odprtem pa si ga lahko mel pr seb. Računalnik je bil sam en za celo bolnico, pa so se v glavnem mladi gužvali tam okol, pa poslušali musko, pa take stvari. Js tud takrat še niti nisem znala uporabljat računalnika, tko da ... Obleko majo zdaj po*



*novem vsi svojo, na zaprtem ne vem, ker na zaprtem že dolg časa nisem bla, moram potrkat, na odprtem si pa v svoji obleki. Na zaprtem so vrata itak skos zaklenjena, lahko greš sam na krajše sprehode skupi s sestro pa tehnikom, na odprtem pa zaklepajo stavbo zvečer poleti ob devetih, pozimi ob osmih, zjutraj pa odklepajo ob šestih.*

Ciril:

*Takrat je bil takšn dogodek, neverjeten dogodek (hospitalizacija v psihiatrični bolnišnici), ki se ti je zgodil, mam tu temeljne izkušnje, to je pol lažje, pol se ti je odprlo, ko si zapustu zaprti oddelek, to je blo olajšanje, non plus ultra, se ne da opisat. V teh letih, kar sem tle na ŠENT-u, vidim, takrt te niso spustili na pol norga vn, da grobo rečem, zdej pa sam nafilajo (z zdravili), pa blodnjave ljudi pustijo nazaj v blodnjak. Js sem tu konzervativen, mi že leta dopuščajo, ja kam pa to vodi? To je pošastno, govorim zlo generalizirano oziroma posplošujem. Če tu zdej primerjam, zaprt, zajeb... sistem, ampak si vsaj urejen ven pršou, ker tam ni blo šans, te je pogledal, ni blo blefiranja, nakladanja, ni blo: si bom to izbral pa uno, zdej si kar izbirajo. Glede obleke: z veseljem bi se ven metal v eni predavalnci, precej sem tud oponiral, ne kregal se nisem, recimo z Vitom Flakerjem, ukinlo se je (bolnišnične obleke na zaprtem oddelku), in zlo v enem kratkem času, tako imenovano penološko kondicioniranje: korenček, palca, sej zato pa je takšno sra... in ne popuščam in vam mladim ne dam prav, bo pršel čas, ko bo morala družba nazaj na neke oblike it, drgač bo pogreb, to je moja napoved. Ko si pršou ven, dan, dva še nisi dobil (civilne obleke), ker so pazli, ampak tist nadzor je bil v sistemu, ne da bi oprezali za tabo, tehniki, sestrce, pa dohtarji, ampak v sistemu so vedli, »aha pa še ni blo civilne prvi dan«, po treh, štirih dnevih al pa po enem tednu si pa dobil civilno, se pravi, postopno je blo. V tista dva bifeja si lahko šel, pa načelno nisi smel zapuščat teritorija, čeprav tu se je pa kršlo, to je bil pa sistem, kjer se je pa to toleriralo, smo viseli v tistih takratnih oštarijah in so domačini Polja to total tolerirali, »oni majo pa norce«, »pa seveda pridejo, sej so isto gosti, mirni so, plačajo.« Postopno si dobil civilno, pol si mel pa izhode, šele po napredku si dobil dovolilnico in si se je moral držat, to je bil v tem smislu represiven sistem spremlanja, postopno in spremlanje. Zakaj sploh trenutno ne znese to? Da ne govorimo o primerjavi s Svetim Ivanom (v Trstu), kjer je samo še 32 totalnih, unih eksotičnih ekzemplarjev, primerkov, ki jih nimajo kam dat, pa so v novejšem delu.*

Irena:

*Na zaprtem oddelku maš ti pravico, zdej po novem Zakonu o duševnem zdravju, sej to je blo že prej, samo o pravici do telefona, do interneta, do tega, da si neprosto voljno na zaprtem oddelku, o tem odloča potem komisija. Maš določene pravice po Zakonu o duševnem zdravju, niso pa kej preveč bistvene, zato da bi kakorkoli vplivale na naše boljše počutje al kako bi člouk reku. Pride komisija, razsodnik verjame psihiatru, namest da bi verjel teb, tko je tud sodni izvedenec verjel psihiatrom, da sem js bolna, namest da bi verjel men, ni pa verjel, da je moj oče problematičen. Na sprejemni maš pižamo, tud tam bi rada mela svoja oblačila (kot na odprtem oddelku). Zaklenjen si skos nekje, na sprejemni si skos zaklenjen, po eni strani js to razumem, da pač ne morjo pustit, da jim bojo ljudje ušli ven, ampak res pa je, da je zaklepanje zlo neprijeten občutek. To je odvzem svobode.*

Robert: »Ogromne. Ogromne. Odprt oddelk je odprt oddelk, zaprt je pa zaprt. Na zaprtem maš pižamo, pa nč družga, na odprtem maš svoje. Na zaprtem maš sam, če maš kartico, ne, je dobr, tisto 50 impulzu al pa 100, mobilnega telefona ti ne pustijo met, si izoliran, ampak sem se prlagodil, mal zmukoma, pol sem pa vidu, ne, kuk je ura.«

Cilka:

*Na zaprtem oddelku nisi upravičen do telefona in denarja, včasih je sestra hodila po cigarete, zdej pravjo: »Nej ti nekdo zrihta kartico, nej ti svojci prnesejo cigarete, če kadiš, ne, nej prnese kdo od tvojih kavico, da tam skuhajo.« Potem pa, ko si na odprtem, si pa v bistvu svoboden, prvi vikend ostaneš notr, vse naslednje pa, če si tud ti dosleden in pošten, so tudi oni in se lahko zgradi neko zaupanje.*

Domen:

*Na zaprtem maš njihovo obleko, internistično, tisto pižamo, pa dostop do interneta mislim, da je na zaprtem, televizja je, si pa zaklenen, si pa skos notr, ja, to traja ponavad tri, štir dni, pol greš na odprtga, to je samo prehodno. Majo pa tud še en oddelk I3, k te majo pa loh en mesec notr (na zaprtem oddelku), prvič pa drugič sem bil tm, zdej nisem bil. Ven ne morš it, skos si notr, eni in isti prostori, ni tok zasebnosti,*

*skos en okrog tebe, dolgčas, monotono. Boljš je na odprtem, tle maš svojo obleko, obutev, telefon maš loh, cigarete maš, ogenj pr seb, greš kadar hočeš, loh greš v trgovino, v Hoferja, sam morš povedat prej, pač sporočit, da greš v Hoferja al pa na Fužine.*

Izabela:

*Js recimo ne uporabljam računalnika, niti nimam mobitela, mam raj kartico, ker ne prenesem, da mi cinglja skos neki po žepih, ravno takrat zacinglja, k neb smel, kadar smo na kšni viziti al pa to. Omare je pa tko: na zaprtem oddelku so zaklenjene omare, ma vsak svoj ključ, na odprtem je pa to vse odprto in se premetava. Omare za obešanje so recimo ločene, gor navrh je pa polica, ki ni ločena, in se vse lahko pomeša, in če maš tako cimro, da nima nobenga reda, maš njene modrce pr seb, svoje hlače pr njej in tko naprej, ne. Na odprtem je bolj odprto, na zaprtem je pa vse pod ključem, kamorkoli stopš je nekdo za tabo in zaklene, ne, al pa odklene pred tabo, se mi zdi, da je v zaporu lažje kokr na psihiatriji, da je tam več zasebnosti kokr na psihiatriji, poleg tega majo televizijo, k gledajo lahko program, k ga želijo, ne tisto, kar se vrti, a ne, men grejo recimo te nadaljevanke strašno na živce, na zaprtem oddelku je blo grozn, ker so nekateri samo te nadaljevanke gledal in si jih mogu tud ti, še vremena nismo mogl poslušat, pa tkrt recimo, kdr so poročila pa vreme pridejo tehniko poročila pisat v kartoteke, ravn tkrt, da poslušajo to, ne, in to me moti. Js recimo mam cimro, k sploh nima svoje obleke na odprtem oddelku, ma vse od bolnice, podnev je v trenerki od bolnice, ponoč pa v pižami od bolnice, ne vem al ne želi al nima nikogar, da bi ji kej opral, prnesu. Na zaprtem maš pa pižame in to me strašno moti, da so pižame narjene za moškega, to zapenjanje, je ne morš zapet, včasih je blo še tko, da še šlici niso bli zašiti, smo z odprtimi hlačami hodil sem in tja, ker moška pižama je drugač narjena k za žensko.*

Disciplinski aparati obravnavajo prostor po načelu kvadriljiranja oziroma razdelitve prostora na pregledne dele (v bolnišnici so to oddelki), mrežo enakomernih enot na način upoštevanja naslednjega pravila: »slehnemu posamezniku [posameznici – op. a.] njegovo [njeno – op. a.] mesto; in v sleherni določeno mesto posameznik [posameznica – op. a.]« (Foucault 2004, 159), kar omogoča nadzorovanje vedenja vsakogar v slehernem trenutku, ocenjevanje, sankcioniranje, merjenje kvalitet ali zaslug posameznikov in posameznic za namen

spoznavanja ter obvladovanja le-teh. »Slehernega [sleherno – op. a.] izmed njih opredeljuje mesto, ki ga [jo – op. a.] zaseda v nizu, in odmik, ki ga [jo – op. a.] ločuje od drugih. Enota potemtakem ni ne teritorij (enota gospodovanja) ne kraj (rezidenčna enota), temveč stopnja: mesto, ki ga imamo v kakšni klasifikaciji« (Foucault 2004, 160–162). Sprejem osebe na določen oddelek v psihiatrični bolnišnici zaznamuje postopek učenja, ki temelji na dopovedovanju, da so omejitve in prikrajšanost, s katerimi se oseba sooča, del zdravljenja, del njenih potreb v času hospitalizacije in potemtakem tudi odraz stanja njenega jaza. Razporeditev na določeni oddelek je predstavljen kot izraz splošnega stanja družbenega delovanja osebe, izraz statusa osebe (Goffman 1991, 138–139). Sistem oddelkov, kot ga imenuje Goffman (1991, 149–150), zagotavlja interno socialno mobilnost v psihiatričnih bolnišnicah, saj selitev na določen oddelek vključuje drastične spremembe ravni življenjskega standarda in razpoložljivih dobrin, s pomočjo katerih si varovanec ali varovanka gradi okvir pojmovanja sebe. Tovrstna sprememba oddelka v psihiatrični bolnišnici je ekvivalentna spremembi razreda v širšem razrednem sistemu. Psihatrija obravnava sistem oddelkov kot vrsto kalilnice, znotraj katere osebe začnejo hospitalizacijo v psihiatrični bolnišnici kot »socialni dojenčki« in končajo na odprtem oddelku kot resocializirani odrasli. Osebu na višji hierarhični lestvici znotraj psihatrije predstavlja sistem oddelkov metodo za discipliniranje neposlušnih varovancev in varovank prek kaznovanja in nagrajevanja. Ena izmed značilnosti sistema privilegijev (Goffman 1991, 52) vključuje torej kazen, predvsem v obliki začasne ali trajne odtegnitve privilegijev, do česar pride zaradi kršenja pravil, kar lahko posledično privede tudi do premestitve na zaprti oddelek. Degradacija hospitaliziranih, ki se izvede v obliki premestitve na »manj privilegirane« oddelke, je uradno argumentirana kot ukrep, ki je bil izveden zaradi psihiatričnega poslabšanja stanja hospitaliziranih, vse to pa z namenom zaščite resocializacijske narave bolnišnice. Na discipliniranje prek premeščanja na druge oddelke opozarjata tudi dve izmed intervjuvank, ki sta bili v svojih pripovedih pogosto kritični do sistema psihiatričnega zdravljenja v Sloveniji. Kritičnost, neprimerno vedenje hospitaliziranih, ki ni v skladu z merili osebja, po njunem mnenju rezultira v grožnjah osebja, ki se tičejo premestitve na zaprti oddelek ali drugih kazni, kajti Irena pravi: *»Prtožvala bi se pa edin nad tem, da nam grozijo, če ne bo dobr, boš šou na zaprti oddelek al pa ti bomo dal injekcijo, to pa še vedno delajo. To je princip kaznovanja po Foucaultu.«* Izabela pa je, sicer na vprašanje v zvezi z morebitnim pojavljanjem nasilja v *PK Ljubljana*, odgovorila: *»Ne, da bi js vedla, razen psihičnega: grožnje, da te bodo dali na zaprt oddelek, če ne boš priden pa se podredil njihovi volji.«* Za razliko od kritičnega dožemanja Irene in Izabele je bilo pri Robertu mogoče zaznati ravno nasproten način soočanja s pravili institucionalnega sistema

psihiatrične bolnišnice, saj pravi: »/.../ *Mobilnega telefona ti ne pustijo met, si izoliran, ampak sem se prilagodil, mal zrukoma, pol sem pa vidu, ne, kuk je ura.*« Ko je sprevidel potek institucionalnega sistema, se je prilagodil na način, ki bi ga Goffman (1991, 64) opisal kot »*playing it cool*« oziroma »izogibanje težavam«. Tovrsten način pravzaprav izbere večina varovancev in varovank, ki stremi k maksimizaciji njihovih možnosti za izhod iz psihiatrične bolnišnice na način, da bi doživeli karseda malo fizičnih in psihičnih »poškodb«.

Robert in ostali intervjuvanci in intervjuvanke so izpostavljali pomen telefona, cigaret, kave in ostalih stvari tekom hospitalizacije v psihiatrični bolnišnici. Goffman (1991, 51–52) tu govori o sistemu privilegijev, ki nudi okvir za osebno reorganizacijo potem, ko je civilni jaz varovanca ali varovanke zamajan s strani ustanove. Trije imanentni elementi sistema privilegijev zaobjemajo: prvič, hišna pravila, ki so osnovana na podlagi razmeroma eksplicitnih in formalnih pravil, po katerih bo vodeno življenje varovancev in varovank; drugič, manjše število jasno določenih nagrad ali privilegijev, do katerih so varovanci in varovanke upravičeni v zameno za poslušnost v razmerju do osebja. Stvari, ki so tekom hospitalizacije v psihiatrični bolnišnici razumljene kot nagrade ali privilegiji, so varovanke in varovanci »zunaj« dojemali kot samoumevne (kava, cigareti, uporaba telefona). V psihiatrični bolnišnici postane dostop do naštetih in nekaterih drugih, običajno samoumevnih stvari problematičen. Zdi se, da ima zadovoljitev tovrstnih potreb reintegracijski efekt, ponovno vzpostavlja odnose z izgubljenim svetom ter omili odtegnitvene simptome od le-tega in izgubljenega jaza. Pozornost varovancev in varovank je osredotočena na dostop do elementarnih dobrin zanje. Pogosto so njihove misli posvečene možnostim pridobivanja določenih dobrin ali zamišljanju bližajoče se ure, ko je zagotovljena zadovoljitev določene potrebe. Tu bi bilo smiselno izpostaviti nestrpno čakanje hospitaliziranih pred prostorom za medicinske sestre na zaprtem oddelku v *PB Idrija*, še preden je bila ura tri popoldne, ko so medicinske sestre izročale mobilne telefone hospitaliziranim, ki so jih lahko uporabljali do osmih zvečer. Zbiranje pred omenjenim prostorom se je začelo že okrog 14.30, ko so hospitalizirani komaj čakali to uro, ko bodo lahko poklicali družino, prijatelje ali kogarkoli. Po pričevanjih intervjuvank ter ostalih sodelujočih v etnografski raziskavi, ki imajo izkušnjo s hospitalizacijo v različnih psihiatričnih bolnišnicah v Sloveniji, se pravila, ki veljajo recimo za rabo mobilnih telefonov, razlikujejo med posameznimi psihiatričnimi bolnišnicami. Na zaprtih oddelkih v *PB Idrija* lahko hospitalizirani uporabljajo mobilne telefone od 15. do 20. ure, za razliko od zaprtih oddelkov v *PK Ljubljana*, kjer raba mobilnih telefonov, razen v nujnih primerih, hospitaliziranim ni dovoljena. To kaže na diferencirana hišna pravila med psihiatričnimi bolnišnicami v Sloveniji, saj gre za pravila, ki jih določa vodstvo posamezne

bolnišnice. Kreiranje »sveta« okrog manjših privilegijev, kot so dostop do cigaret, kave, telefona, velja morda za bistveno značilnost kulture varovancev in varovank, saj tovrstne obravnave omenjenih privilegijev ne gre pričakovati od »zunanjih« ljudi, četudi imajo tovrstno izkušnjo, saj je »zunaj« dostop do omenjenih dobrin samoumeven (Goffman 1991, 52–53).

## ZASEBNOST V PSIHIATRIČNI BOLNIŠNICI PK LJUBLJANA

### Magda:

*Pomanjkanje zasebnosti je blo prvo, ko si mel tist občutek, da te skos nadzorujejo in nisi več vedu potem, kk se naj postaviš, al se usedeš pred televizijo al hodiš sem pa tja, delalo se je samo takrat, kadar se je šlo v te delavnice, na oddelek nismo smel nč prinesť s sabo, da bi se lah kaj zamotli al kaj delali, tak, da je blo kar moteče, da je blo tolk nadzora vsepovsod. Po 6–7 nas je blo v sobi, kar dosti. Ko so prišli obiski, so ble mize pa to, pa je vsak za sebe lahka, a ne, al pa tud za čas obiskov so nas spustil mal vn na hodnik, da si se lahk tam kaj pogovoril. Če si že mel dovoljenje za izhod, da greš ven na primer do trgovinice al pa do bankomata, pol so te spustil tud recimo pod spremstvom, da greš malo vn in zuni na klopcah sediš pa se kaj pogovarjaš, če je blo takšno vreme, da je to dopuščalo. Blo je tud vdiranje v toaletne prostore, ni bilo zasebnosti.*

### Ada:

*Ja, kaj dost je ni blo, nas je blo več v sobi, obiski v sobi niso bli dovoljeni, je pršla sestra poklicat: »Obisk mate,« pa si lah šou do obiska, pa da si vidu, kdo je, kaj je, al ga sprejmeš al ga ne sprejmeš. Enkrat sem sobo z eno delila, sam, k je bla televizja not, sam tist tud ni blo najbl posrečeno, ker je bla ona zlo dominantna. V Stockholmu je blo drugače, več zasebnosti, so mi dali svojo sobo, so mi pokazali, kje je hrana v kotličih, pa v krožnikih naložena, da si si sam vzal, kar ti je pasalo, pa kadar ti je pasalo, pa k so nas sprejeli, je blo zlo velik tistih zdravnikov, pa zdravnic, pa psihologov v eni vlki dvorani, pa so me poslušali, da sem povedala, kaj se z mano dogaja.*

Ciril:

*Takrat je blo grozno, zdej je pa čista industrija, na zunaj poznam, ne poznam več zdravljenja, desetletja so minila. Zasebnost, premal je je blo, itak je bil takrat bolj kasarniški tip, dost manj individualno kot je mogoče vsaj delno zdej nekje, kar poznam. Ni zasebnosti v sobah, pri obiskih, valda ni, ti težijo tam. Vsak, ki je dal to skoz, psihiatrijo, temeljno izkušnjo, temeljito, da res veš kaj je to sprejemna, da si nekej te medicinske torture in drugi oblik, bolj rafiniranih, dal skoz. Ja kdaj se je men do konca zmešalo? Ja na sprejemni, po par dneh sem bil totalno nor, ti si not, pa same norce okrog sebe, si pa nor kot podgana. Hočem s tem reč, zasebnosti manjka in tega ni blo takrat in mene je to najbolj motilo: zakaj ti nihče nč ne pove, saj si še vendarle human being, a ne, »bo že, pa doktor bo, to ni zdej, to je jutr vizita.« To je kritika tega, v temelju bi moral bit drugačn pristop, ker tud, če smo zdej... tko kot je Franco Basaglia s tisto revolucijo konc sendesetih, v začetku osndesetih, kar so nardili.*

Ciril primerja zdravljenje v psihiatrični bolnišnici danes z industrijo, kar pomeni, da institucionalni način obravnave, zaradi velikega števila varovancev in varovank ter mehaničnih, osebi neprilagojenih postopkov, osebo razosebi, jo spremeni v predmet obdelave (Flaker 1998, 7).

Irena:

*Me ne moti, nimam težav. Mogoče je na zaprtem oddelku problem, ker so prostori namenjeni obiskom in slišš, kaj se drugi pogovarjajo, ampak ponavad ne poslušáš drugih, ampak se med seboj pogovarjamo.*

Cilka:

*Na odprtih oddelkih jo imaš, na zaprtih ne. V hotelu (sopomenka za psihiatrično bolnišnico), tem, k sem js zdej, jo imam, pač nimam je pa zato, ker nimam svoje sobe, ampak sem tolik prilagodljiv člouk, da se tud temu lahko prilagodim. Mislim, da maš veliko stopnjo tolerance in veliko mero svobode, če recimo zamudiš pet, deset al pa tud petnajst minut, poskušam bit točna, ne zamujam rada.*

Domen:

*Med sopacienti jo je mal mnj (zasebnosti), sam sej si zaupamo pa tko. Mal manjka mogoče zasebnosti, ne morš met vsega po predalih. Ti kar odpre, pogleda, »to naret, tist papirčke vn«, zarad reda to delajo, da je red, da ni kej tko umazanga.*

Izabela:

*Zelo slabo, nobene zasebnosti ni, niti ponoč, niti podnev. Še na stranišču nimaš zasebnosti, sediš na školjki in plane nekdo notr, ne da bi potrkal na vrata, pa dab ti reku, da je zasedeno, kr plane notr in obstoji tm ko en lipov bog, da o kopanju sploh ne govorim. Še slabš, tm si ves razgaljen in hodjo ljudje ven in notr kokr jim paše. Tudi v sobi manjka zasebnosti, ker js nisem navajena spat s šestimi ljudmi skup, ne, en prej zaspi, pa zasmrči, pa ti ne morš spat, potem morš it po uspavalo, da sploh lahko zaspiš in take zadeve.*

Kot je mogoče razbrati iz odgovorov intervjuvancev in intervjuvank, predstavlja eno izmed problematik, s katero so se ti soočali tekom hospitalizacije v psihiatrični bolnišnici, tudi zasebnost. V večini primerov so intervjuvanci in intervjuvanke problematizirali zasebnost v toaletnih prostorih na oddelkih *PK Ljubljana*, poleg tega pa tudi veliko število oseb v sobah, kjer so bivali. Ada je svoje videnje zasebnosti tekom hospitalizacije v *PK Ljubljana* primerjala s hospitalizacijo v psihiatrični bolnišnici v Stockholmu, kjer so imeli svoje sobe, več osebja na razpolago za pogovor, prav tako pa so si lahko sami kadarkoli postregli s hrano, za razliko od *PK Ljubljana*, kjer primanjkuje pogovora s strokovnim osebjem in zasebnosti. V *PK Ljubljana* je čas postrežbe obrokov določen in morajo hospitalizirani, po njihovih pričevanjih, za odlog obroka telefonirati v kuhinjo, kjer jim potem pustijo hrano za pozneje. Irena in Miha z zasebnostjo nista imela težav, Cilka pa je bila mnenja, da na zaprtih oddelkih, za razliko od odprtih, ni bilo zasebnosti, kar gre povezati z dejstvom, da prepoved izhoda oziroma izhod pod nadzorom osebja krati hospitaliziranim pravico do zasebnosti, svoboda gibanja pa omogoča ljudem več zasebnosti. Domen je problematiziral pregledovanje predalov, kjer so spravljene osebne stvari hospitaliziranih, s strani osebja, Izabela pa je med drugim izpostavila tudi pomanjkanje zasebnosti v kopalnicah in straniščih, kjer vrat ni mogoče zakleniti, posledično pa je vstop omogočen vsakomur ob vsakem času. Tudi vprašanje zasebnosti deli hospitalizirane in osebje na dve skupini (Zaviršek 1994c, 101), kar



je bilo mogoče sklepati tudi iz odgovorov intervjuvancev in intervjuvank. Ločevanje omenjenih skupin poteka tudi na podlagi prostorov, ki jih uporablja osebje, ter teh, ki so na voljo za uporabo hospitaliziranim. *PK Ljubljana* je, tako kot večina psihiatričnih bolnišnic, arhitekturno zasnovana na način ločevanja prostorov za hospitalizirane in osebje, saj ima slednje svojo »pisarno« in toaletne prostore, ki se zaklepajo, za razliko od toaletnih prostorov, ki so namenjeni hospitaliziranim. Po pričevanju intervjuvanke Irene so v *PK Ljubljana* na oddelkih, kjer je bila hospitalizirana, običajno trije toaletni prostori za približno 30 hospitaliziranih, katerih ni mogoče zakleniti, osebju pa je na posameznem oddelku na razpolago en toaletni prostor, ki je namenjen le njim in je zaklenjen. Psihatrija običajno opravičuje prepoved zaklepanja stranišč in kopalnic za hospitalizirane z argumenti, ki zadevajo varnost hospitaliziranih oziroma zaščito le-teh pred morebitnimi samopoškodbami, čeprav se te lahko zgodijo tudi v ostalih prostorih znotraj in zunaj psihiatrične bolnišnice. Prostori za osebje, kamor hospitalizirani brez poziva nimajo vstopa, ter zaklenjeni toaletni prostori za osebje sta le dva pokazatelja višje ravni zasebnosti osebja na istem oddelku iste bolnišnice, kjer za hospitalizirane veljajo drugačna pravila. Tekom etnografskega raziskovanja me je Irena večkrat povabila na odprti oddelek in na podlagi vidnega je mogoče pritrditi izsledkom številnih raziskav psihiatričnih bolnišnic, ki ugotavljajo, da se osebje ne meša s hospitaliziranimi, če to ni potrebno, in raje preživi večino časa v prostorih za osebje, kar je tudi ena izmed obrambnih strategij osebja pred tesnobo (Zaviršek 1994c, 105).

»Tudi stranišče poudarja ločnico med obema skupinama in na simbolni ravni kaže na strah osebja pred kontaminacijo« (Zaviršek 1994c, 102). Koncept kontaminacije je detajlno razdelal tudi Goffman (1991, 31–32), ki pravi, da je ena izmed oblik mortifikacije v totalnih ustanovah prav izpostavljenost »kontaminaciji«, ki se začne s sprejemom v ustanovo. »Zunaj« oziroma pred sprejemom v ustanovo lahko varovanec in varovanka zaščitita svoje telo, aktivnosti, misli, nekatero lastnino pred tujci, kontaminirajočimi stvarmi, toda v totalni ustanovi ta območja sebstva niso upoštevana oziroma se pravila v zvezi z območjem sebstva kršijo. V totalnih ustanovah je meja, ki jo varovanec in varovanka postavita med svojim sebstvom in okoljem, porušena oziroma prihaja do vdora v njuno zasebnost, kar vključuje tudi kršenje pravic z ozirom na njune osebne podatke. Tekom sprejemnega postopka se podatki o socialnih statusih in preteklem vedênju varovanca ali varovanke, ki bo sprejet/-a v ustanovi, zbirajo in hranijo v kartotekah, ki so na voljo osebju. Hospitaliziranim v psihiatrični bolnišnici je onemogočeno to, da bi preprečili ostalim osebam, da bi jih te videle v zanje poniževalnih okoliščinah. Medicinski in varnostni pregled pogosto fizično izpostavi varovance in varovanke, do podobne izpostavljenosti prihaja zaradi kolektivnega spanja in toaletnih

prostorov, ki jih ni mogoče zakleniti (Behan v Goffman 1991, 32). V splošnem varovanec oziroma varovanka ni nikoli popolnoma sam/-a, vedno je v dosegu pogleda in vedno je lahko slišán/-a, četudi samo s strani ostalih varovancev in varovank. Morda je najbolj pogosta oblika kontaminacije neposredna fizična kontaminacija zaradi onečaščenja telesa ali drugih objektov, ki so v tesnem stiku z jazom. Ta proces vključuje razpad običajnih pravil, ki veljajo zunaj ustanov in zadevajo zasebnost posameznika ali posameznice, kar je izpostavila tudi Izabela: »Še na stranišču nimaš zasebnosti, sediš na školjki in plane nekdo notr, ne da bi potrkal na vrata, pa dab reku ti, da je zasedeno, kr plane notr in obstoji tm ko en lipov bog, da o kopanju sploh ne govorim. Še slabš, tm si ves razgaljen in hodjo ljudje ven in notr kokr jim paše.« To kaže na obstoj diferenciranih pravil glede zasebnosti zunaj, torej pred ali po hospitalizaciji v psihiatrični bolnišnici, in tekom same hospitalizacije. Goffman (1991, 35) pravi, da je v primerih, ko varovanec ali varovanka izgubi nadzor nad tem, kdo ga/jo opazuje v določenih situacijah, ki običajno sprožajo zadrego pri opazovalcu/-ki in opaženemu/-ki – tudi, ko nekdo ve za osebne zgodbe iz njegove/njene preteklosti – opazovana oseba kontaminirana s strani prisiljenega medosebnega odnosa z opazovalci/-kami in osebami, ki so seznanjene z osebnimi zadevami o preteklosti varovanca ali varovanke. Tudi v primeru *PK Ljubljana* so prisotni tovrstni primeri kontaminacije, in sicer kartoteke, ki vsebujejo občutljive podatke o hospitaliziranih in so na razpolago osebju, preiskave osebnih stvari, kar je omenil tudi intervjuvanec Domen, toaletni prostori brez možnosti zaklepanja in drugi primeri.

V totalnih ustanovah se dogaja, da je oseba priča fizičnemu napadu na drugo osebo, s katero je tako ali drugače povezana, in ta napad opazuje brez reagiranja, saj je tovrstna reakcija v totalnih ustanovah prepovedana. V delu *Azili* je predstavljen slikovit opis dogajanja v psihiatrični bolnišnici, ko je bila hospitalizirana oseba deležna elektrokonvulzivne terapije, bolj znane pod terminom elektrošok terapija, in so nekateri od hospitaliziranih z zanimanjem opazovali izvajanje omenjene terapije. Oseba, nad katero je bila izvedena elektrokonvulzivna terapija, počasi okreva brez spomina na omenjeni dogodek, toda hospitaliziranim opazovalcem/-kam prinese spoznanje, da se lahko omenjeni dogodek zgodi tudi njim samim (Belknap v Goffman 1991, 39). Podobno percepcijo je izpostavila tudi intervjuvanka Magda:

*Kar se pa tiče mladih let, je blo pa to precej bolj hudo, od raznih prisilnih jopičev, mreže ob postelji, elektrošoki in take stvari in to ti pusti en pečat za naprej oziroma men strah, da se kaj takega lahka še men zgodi, še hujš, a ne, in mi je to tud branlo, da bi nadaljevala potem doma s terapijo, sem pol prekinla vse, samovoljno, a ne, in nisem*

*vztrajala, predvsem zaradi tega, zaradi strahu. Nisem tega (prisilnih jopičev, mreže, elektroškov) izkusla, a mi je blo zadost, k sem bla ravno takrat notr, da sem vse to doživela in vidla.*

## **RELACIJA OSEBJE – HOSPITALIZIRANI V PSIHIATRIČNI BOLNIŠNICI PK LJUBLJANA**

### Miha:

*Js man zelo dobre izkušnje, mislin, ko sem prišel v Polje, v bolnico, sen tudi mel manj kilogramov, 55 sen jih samo mel, pa je sestra to opazla, pa mi je rekla, da mi bo ona priskrbela pač napitke za hitrejšo prebavo in pol sn js tisto pil, pa sen pridobival na teži, pa na samozavesti, pa zdaj, ko sem zunaj bolnišnice tudi včasih grem, se kaj oglasim, ko sem v bližini, pa jih pozdravim pa tak, tak da mam dobre odnose z njimi.*

### Magda:

*Js mam pa slabo izkušnjo, bla sem notr v intenzivni sobi, ne, kjer te opazujejo 24 ur in sem proti jutru dobila epileptični napad, kar tko en za drugim, tak da sem padla s postle dol, ne, in so me enostavno pustil ležat, pol šele čez neki časa je prišo en tehnik, pa da me je..., ampak to tko, mislim z jezo in z zaničevanjem, da me je kar streslo, a ne. Na splošno mam js zlo negativne izkušnje z bolnišnico, razn tiste tule v Ljubljani, ko sem bla kot mlada, tam je blo drugače, zdej pa se cela kar stresem, ko mi kdo omeni bolnišnico, tak da upam, da mi ne bo treba več oziroma vsaj, če bom morala it, da bom prišla tko, da bojo uredi. Zej (mišljena zadnja hospitalizacija) sem se prostovoljno odločla, da grem notr, a ne, ker sm pač vidla, da sem res bolana in da morm, dolg časa sem rabla, da sm prišla do tega in tud posledice v mojem življenju glede tega so ble kar hude in zarad tega tud mogoče mal bolj odklonilno gledam na bolnišnico in na te zadeve, ker sem prevč izgubila zarad tega, verjetno se zarad tega tak počutim, ogromno mi je to vzelo.*

Ob vprašanju, če se odnos z leti kaj spreminja, mi je Magda odgovorila: »Ja, se spreminja, gre na boljše, ker tut zaj so še bolniki dobili določene pravice, ki jih prej niso meli, a ne, jim niso ble na voljo, tak da, ja, gre na boljše.« Magda takole opiše odnos s sestrami v

psihiatrični bolnišnici: »Če si na odprtem oddelku, pa se kaka sestra usede k tebi al pa te pokliče notr, pa potem premlevata življenjepis, pa zaka sem notr pa vse te, tak da pomojem to pač delajo, da potem na sestanku poročajo zdravniku, a ne, da je seznanjen s temi stvarmi.«

### Cilka:

*Imela sem zelo hude težave, bla je velika, velika motnja, tako da me je bla polna cela Ljubljana, da sem zganjala norosti, pela, recitirala in to je trajalo eno leto in potem so me poslali v Idrijo, kjer je blo pa zelo kruto, tam je bil še primarij Felc. Ker nobena medikamentozna terapija ni pomagala, so mi dali pet elektrošokov, potem sem pa padla popolnoma v skrajnost, v totalno depresijo, nakar mi je dr. Felc dal še injekcije, ki naj bi to poravnale, tako da je bila ta doza zelo močna, da je dežurni zdravnik, ko mi dajal to zvečer, blo je trikrat na dan v žilo, reku, da tega še konj ne bi prenesu. Bog daj nebesa doktorju Felcu, zlo se je trudu, zlo je bil v redu člouk, ampak midva sva si bla odbojna, ker sva oba književnika. Brala sem nekaj njegovih knjig, ene se mi zdijo dobre, ene pač malo manj, bom tud to v življenju še kej prebrala, na splošno je bil velik člouk. Po teh elektrošokih sem izgubila spomin, bla sem popolnoma dotolčena, depresivna, to je blo iz leta '82 na '83, je blo zelo, zelo hudo, sem se distancirala od vsega v življenju, še od same sebe se poskušam, lahko rečem, da je blo zlo hudo, da nisem mogla ne žvet, ne umret, ne se gibat, ne sedet, ne stat, samo ječala sem in to je trajalo zelo dolgo, to je hvala bogu za mano. Potem sem pridobila nazaj spomin, sej mogoče je blo celo pametno, da sem te šoke dobila, ker baje se možgani na sedem let obnavljajo, pa takrat sem bla relativno mlada, pri osemindvajsetih. Ne spomnm se točno, kako pogosto sem jih dobivala, men se zdi, da vsak drug al tretji dan, neki tazga. No, potem pa se je ta hospitalizacija ponavljala vsako leto, dve, tri, potem pa leta 95 sem bla nekako na svobodi 11 let in to je bil najlepší čas mojega življenja, približno med 40. in 50. letom. Takrat, pri prejšnjih hospitalizacijah so uporabljali stara zdravila, ki mi absolutno niso ustrezala, in čim višjo dozo so dajali, hujše je blo, če bi mi dali pol tega, bi blo velik boljš, oni pa so me hotli na ta način utišat, sej js jih razumem, to so ble zelo hude psihoze. Potem sem dobila najmodernejše zdravilo, Zyprexa, deset na dan in sem mela 11 let mir in potem se mi je zgodila spet psihoza leta 2007. Js mam shizoafektivno psihozo, ta slika je pač taka, da na eni strani maš manijo, maš depresijo, maš paranojo, eni majo tudi misli, ki jim prigovarjajo, ki jih js recimo nimam, pod to diagnozo strpajo marskej. Skratka, tkrt sem bla js samo na temle antipsihotiku, pa po potrebi sem imela*

*za pomiritev Loram, tkrt sem nekako v svojem življenju shajala dobro, več al mnj, ta čas sem brala dost psihološke literature, poezijo, velik pa ne, ker mam doma kmetijo in nisem mela časa. Potem leta 2007 sem imela ene blodnje in sem se tukej zdravla na oddelku (oddelek ne bo predstavljen), takrat so me nekako zazdravli, nakar se je ponovilo naslednje leto, psihiatrinja me je fejst pozdravla leta 2008, potem je bla pa leta 2009 zelo dolgotrajna hospitalizacija, nekak se nisem mogla temu osebju izpovedat al oni meni niso bli kos al js njim, obojestransko je blo. Pol sem imela pa mir do zadnje hospitalizacije. /.../ Zdej pač tudi opažam, da je velika hierarhija v bolnici, da se snažilke bojijo sester, sestre se bojijo zdravnikov, zdravniki se bojijo predstojnikov, predstojniki se bojijo sistema te države, ki je gnil.*

Cilkin citat referira tudi na hierarhični sistem osebja, ki je zaposleno v PK Ljubljana, prav tako pa govori o strahu podrejenih do nadrejenih. O modificiranem vedenju podrejenega osebja ob navzočnosti nadrejenih je Willoughby (v Goffman 2014, 125) izpostavil, da je skoraj pri vseh bolničarjih zaznavna sprememba v vedenju, ko je navzoča neka uradna oseba, kot je nadzornica ali nadzornik, v tem primeru nadrejena oseba.

#### Domen:

*Določil so mi, da mam paranoidno šizofrenijo. Kr določjo diagnozo, na hitr bum, pol ugotavljajo, a je res ta diagnoza al ni ta diagnoza, pol probavljajo kera zdravila so boljša, kva dogaja, a maš še težave al nimaš več težav. Ena punca vem, da je dobila diagnozo neopredeljeno, kaj to pomen? Ne vem, sej je šla hitr domov. Js sem bil eno noč prvezan na postelji zdej dva mesca nazaj (tekom zdajšnje hospitalizacije), ko sem hotu pobegnt. Pol dneva, pa celo noč sem bil prvezan, za pas, za noge, za roke si prvezan, sam sediš pa ležiš lahko. Hrano ti prnesejo, roke maš tko mal gibne, nisi čist fiksno prvezan. Zato k sem hotu pobegnt, k smo šli dol po stopnicah, pa k smo pršli do pred vhoda zaprtga (oddelka), pa me je zgrabu tehnik, pa so me na tla dal, une trakove gor, pa na pojstlo, pa inekcijo Haldol, pa kri so mi vzal, pa odvetnik je pršou, k sem reku, da jih bom tožu. Ne, da so me zvezal, to, da so me sploh na zaprtga dal, oziroma, da so me sploh not hospitaliziral, sem šou pod prisilo not, k sem bil čist miren, vse v redu, dobre vole, vse fajn, pa so kr določil. Doktorca je kr določila zdej (za zadnjo hospitalizacijo), ta drugič sem podpisu, da nisem mel sodišča pa tega, da se strinjam s*

*hospitalizacijo, prvič pa zdej sem šou pa pod prisilo not, nisem nč podpisal. Mama se je zmenla z zdravniki in so me pol pršli iskat.*

Izabela:

*Js sem bla 94. (leta) v mreži. To je bla kokr ena kletka zamrežena, zaklenjena in sem celo noč razgrajala, da grem ven, da zakaj me majo zaprto. Velka je bla tolk, da sem lahko stala notr, notr sem bla pa celo noč in dan, hrano so prnesl notr, sploh ni blo ne mize, ne stola, ampak so mi dal na okensko polico in se še spomnem dobr, piščančji bedr je bil in sem ga stlačla v žep, ker sem misla, da mi ne bojo dal za jest, da ne bom lačna. Je blo hudo. Celo noč sem kričala nej me spustijo ven, nobenga niti bliz ni blo, noben me pogledat ni pršou, razen, ko so prinesli hrano in ko so me spustili na stranišče. Injekcije so mi dajali, sploh nisem vedla, kaj mi dajejo, nč nisem vedla, kukr še zdej ne vem, kaj mi dajejo, v smislu: »To je doktor odredu, to je tko treba in fertik, če je kej tašnga se pritož k zdravniku.« Zdravnik pa nima nikol časa s tabo o tem govort in še danes ne vem, zakaj so Haldol kaplce, pa sem jih tok časa jemala. Pogrešam recimo pogovor s psihiatrom večkrat, s psihologom sploh, teh pogovorov sploh v bistvu ni, ker se psihiatri bolj posvečajo obiskom, pisanju, administraciji in temu kokr pa nam pacientom.*

Ciril:

*Več kot 4000 hospitalizacij ma tista tovarna (mišljena je PK Ljubljana) v Polu letno, v mojem času je blo pa med 400 in 600, v teh desetletjih se je podeseterlo. Če se ti v enem sistemu podeseteri masa, skratka količina, se more sistem nujno nekak prilagodit, spremenit, moral bi se pa orto reformirat. Zdaj pa pridemo do absurda. Leta in leta, še zdej, to so meli fiks ideje ti ta stari psihiatri, dr. Vanko Matevžič, on je bil primarij dol, člouk je, ne enga, številne svoje bivše paciente pred Namu al pa na teh sprehodih, tud način je bil včasih mal drugač, ko še ni bil tak tempo, pozdravil, kar pomeni, da je vedu, da si bil njegov pacient. Če ti je blo za to, si na cesti spregovoril par besed z njim, tu je bil sicer on izjemen, ampak načelno so meli še stik s pacienti na človeškem nivoju. Te osebne ravni manjka. Zdej pa živ primer, člouk je že 14 dni na zdravljenju, kao na zdravljenju, in ga psihiatrinja vpraša, kdo je pa njegov psihiater, on ves pres... reče: »Ja vi, gospa doktor.« V 14 dnevih sploh ni še ugotovila, koga ma, ni še preštela svojih*

ovčk, to so pa te ekstremne zadeve, kaj tašnega je blo včasih nepredstavljivo, kr bi te gledali. /.../ Pol ( po letu 1979) se sploh nisem več zdravu in ne sam to, js sem v dveh letih opustu tud psihofarmake, na sicer nadzorovan način, po dogovoru s takratnim primarijem dr. Vankom Matevžičem, ampak zakaj ga zdej tu, tu že z eno nostalgijo govorim, ker takratni psihiatri so še meli čas za paciente, zdej ti pa nimajo več, na žalost.

Ada: »Z mano so bli kar prjazni, zdravnik je bil včasih mal bolj strog, ampak sej je mel prav, sestre so ble pa kr vredu. /.../ Js sem si sam želela k svojmu lečečmu psihiatru it (v psihiatrični bolnišnici), ker me najbolj pozna pa ni treba kaj dost govort, me sam vidi, pa že ve, kaj bo naredu z mano.«

Glede odnosa s psihiatrom in psihiatrinjo izven psihiatrične bolnišnice pa Ada pove naslednje:

*Tele delavke iz ŠENT-a, ki pridejo v stanovanjsko skupnost, so tiste, ki naj bi se jim povedalo, če je kej zlo hudo al pa če bi rade šle na pogovor k lečečmu psihiatru, sam če prideš tja, te zagleda, pa ti sam še recepte napiše, te vpraša če maš zdravila al jih nimaš, ni pogovora, pa tud zmanjšat zlepa noče. /.../ Meni je takratna psihiatrinja, k je šla zdej že v pokoj, filala s tableti, to takimi, celo pest tablet mi je dajala, je rekla, da me bojo s tableti tolk rešili, da bom lahko vsaj še po štiri ure delala, in pol sem bla velik na bolniški, pa velik v bolnci, tko da pol 99. leta so se odločil, da me invalidsko upokojijo, da pač nisem več sposobna bit v razredu, pa naučit otroke kaj matematke, čeprav sem pol kasneje mogoče tko sem pa tja še kaj inštruirala, ampak kej dost pa ne.*

Pri psihologu ali pa psihoterapevtu je bila Ada zelo malo, kljub temu da bi napotitev k tovrstnim specialistom vplivala na odkritje vzroka za motnjo v duševnem zdravju ter posledično na soočanje z izvorom problematike, namesto medikalizacije posledic. Prav tako bi tovrstna obravnava delovala v smeri preprečevanja porasta kroničnih primerov, pri katerih se hospitalizacije konstantno ponavljajo.

Med posledice birokratskega načina delovanja totalnih ustanov spada tudi razcep med večjo skupino obvladovanih varovancev in varovank ter manjšo skupino nadzorovalnega osebja, kajti njihova bistvena aktivnost vključuje nadzor nad varovanci in varovankami v smislu preverjanja, če varovanci in varovanke počnejo to, kar jim je bilo zaukazano. Varovanci in

varovanke živijo v ustanovi in imajo omejene kontakte z zunanjim svetom, za razliko od osebja, ki v ustanovi običajno dnevno preživlja osemurni delavnik ter je družbeno integrirano v zunanjem svetu. Med omenjenima skupinama obstaja strogo omejena socialna mobilnost ter formalno določena socialna razdalja, na kar kaže tudi ton glasu ter specifičen način komuniciranja osebja, ki se razlikuje glede na to, ali je namenjen podrejenemu/-i ali nadrejenemu/-i. Pogovori med osebjem in hospitaliziranimi so pogosto omejeni s predpisanimi pravili, kar se kaže tudi pri prenosu informacij o načrtih osebja za varovance in varovanke, ki so izključeni iz procesa odločanja o svoji usodi (Goffman 1991, 18–19). To je razvidno tudi iz citata intervjuvanca Cirila, ki pravi: « /.../ *In mene je to najbolj motilo, zakaj ti nihče nič ne pove, saj si še vendarle human being, a ne, »bo že, pa doktor bo, to ni zdej, to je jutro vizita.*» Tovrstna izključenost podeljuje osebju posebno osnovo za implementacijo distance ter nadzor nad varovanci in varovankami. Frankenberg (v Zaviršek 1994c, 102) omenja tako imenovani »čakajoči proces«, v katerem hospitalizirani ne razpolagajo z informacijami, ki bi nakazovale na to, »kaj se dogaja, kdo odloča in koliko časa bo hospitalizacija trajala.« Gre torej za transformacijo oseb v »paciente, objekte biomedicinske prakse«, katerih čas se z vstopom v psihiatrično bolnišnico podreja čakajočemu, institucionalnemu času le-te. Skupina osebja ter skupina varovancev se torej med seboj razlikujeta tudi po dojetju časa in po strukturi preživljanja le-tega. »Vstop v psihiatrično institucijo je vstop v novo kulturo časa. Organizacija časa v instituciji nima praviloma nič s potrebami ljudi, ki prihajajo po pomoč, temveč s konstrukcijo časa, ki ga določa institucija, in z obrambnimi mehanizmi zanikanja, ki so eden od razlogov, da časa v bolnišnični ustanovi ni. Bolnica je po eni strani negacija časa« (Zaviršek 1994c, 102). To razloži pomanjkanje časa osebja za hospitalizirane, paradoksalno pa se v psihiatrični bolnišnici ustvarja »čakajoča kultura«, na kar je opozoril tudi Ciril. Čas osebja torej teče prehitro, kar opravičuje dejstvo, da osebje nima časa za hospitalizirane, za razliko od časa »drugih«, torej časa hospitaliziranih, ki predstavlja »čakajoči čas« ter nosi vlogo discipliniranja in nadzora. Način organizacije časa v psihiatrični bolnišnici torej generira neenakost, pogloblja prepada med osebjem in hospitaliziranimi ter vzpostavlja hierarhična razmerja.

Citat: »*Me sam vidi* (lečeči psihiater), *pa že ve, kaj bo naredu z mano,*« vključuje prenos odločitve glede zdravljenja izključno na psihiatra oziroma prostovoljno prepuščanje sebe »v roke« psihiatra ter fatalistično oceno lastnega stanja, kar je povezano tudi s samo motnjo v duševnem zdravju. Stereotipna pričakovanja pacienta in pacientke do vloge zdravnika/-ce ponujajo vpogled v odnos med njima, prav tako odstirajo pogled na raven aktivnosti oziroma pasivnosti pacientov in pacientk znotraj omenjene relacije (Goffman 2014, 17). Diferencirane



karakteristike razmerij med pacientom/-ko in zdravnikom/-co so detajlno obravnavane v delu *Zdravje in medicina v tranziciji* (2014), kjer so predstavljene tendence v smeri bolj enakopravnega odnosa med zdravniki/-cami in pacienti/-kami ter limitacije moči medicine in njene dominancje. Vlogi pacienta/-ke in zdravnika/-ce sta bili ustanovljeni znotraj diskurza medicine in praks, ki so odvisne od ohranjanja položaja strokovnjaka/-inje s strani zdravnikov oziroma zdravnic. Izzivi pred medicinsko ekspertizo ter poskusi uravnoteženja moči med zdravniki/-cami in pacienti/-kami bodo domnevno vplivali tudi na spodkopavanje vloge in poslanstva medicine. V modernem obdobju prakticanja medicine se razčlemba odnosa med zdravnikom/-co in pacientom/-ko kaže v obstoju treh glavnih modelov, ki se razlikujejo glede na razmerje moči, in sicer paternalistični, pogodbeni in partnerski model (Wolff v Ule in drugi 2014, 59). Paternalistični model v razmerju med zdravnikom/-co in pacientom/-ko temelji na pretežno pasivni vlogi pacienta/-ke ter njegovem/njenem zaupanju v specifično zdravniško vlogo in njihovo moč, kar je mogoče prepoznati tudi v zgornjem citatu Ade. Splošno uveljavljeno zaupanje pacienta/-ke v zdravnika/-co se po Parsons (1978) nanaša na obstoj razlike v kompetentnosti med laikom in strokovnjakom/-injo, kajti laični javnosti je onemogočeno celostno razumevanje strokovnega zdravniškega dela, kar posledično privede do ohranjanja določene ravni zaupanja in potrjevanja njihove kompetentnosti. Predpogoj za zaupanje med omenjenima skupinama vključuje obstoj skupnih vrednot in ciljev glede zdravljenja. V splošnem pa je koncept zaupanja povezan s prihodnostjo in tveganjem, saj predstavlja pričakovanje ali rešitev za specifični problem tveganja (Luhmann 1988). Zaupanje je mogoče samo v situacijah, ko je potencialna škoda lahko večja od koristi (Deutsch 1962, 302). Kljub diametralnim definicijam obstaja določena stopnja soglasja glede temeljnega pomena zaupanja, ki je potrebno in se zgodi, če akterji (tako imenovani zaupniki) ne morejo ali ne želijo nadzorovati dejanja drugih akterjev, toda pričakujejo določena dejanja od »skrbnikov« (tako imenovanih zaupancev). Razlogi za obstoj zaupanja zadevajo družbeno kompleksnost dogodkov, pri čemer se, tudi zaradi nezmožnosti popolnega nadzora nad dogodki, pojavlja potreba po razvoju pričakovanj o izidu dogodkov in o učinku družbenih dejanj. Zaupanje torej velja za esencialno orodje, ki omogoča delovanje družbe (Quandt 2012), posledično pa predstavlja enega krovnih elementov tudi znotraj medicine in družbene interakcije na tem področju. Raven zaupanja v zdravnika/-co s strani pasivnega pacienta/-ke, ki zdravniku/-ci izkazuje brezpogojno zaupanje, se bistveno razlikuje od stopnje zaupanja v zdravnika/-co pri aktivnem/-i pacientu/-ki, pri katerem/-i je stopnja zaupanja rezultat kritičnega pogleda in ocene zdravnika/-ce s strani pacienta/-ke. Z ekspanzijo znanja s področja medicine med laično javnostjo ter z zviševanjem izobraženosti populacije in splošne

kulturne ravni je v porastu težnja po bolj enakopravnem odnosu med zdravnikom/-co in pacientom/-ko, katerega osmišljata pogodbeni in partnerski model. Paternalistični model torej ne predstavlja več dominantnega in splošno sprejetega modela v povezavi z razmerjem med zdravniki/-cami in pacienti/-kami. V splošnem je pri pacientih/-kah v porastu vse večja zahtevnost do zdravnikov oziroma zdravnic, vedenje z ozirom na bolezni in potencialna tveganja zdravljenja s posameznimi metodami, avtonomnost pri izboru zdravnika/-ce, ki bi pacientu/-ki zagotovil enakovreden položaj v njunem odnosu, kar pravzaprav osmišlja partnerski model odnosov med zdravniki/-cami in pacienti/-kami. Prevladujoči normativni model v evropskih državah v zvezi z odnosom med zdravnikom/-co in pacientom/-ko je torej partnerski model, ki deluje na principu kooperacije med aktivnim/-o pacientom/-ko in izkušenim/-o zdravnikom/-co v smeri končnega cilja, katerega predstavlja zdravje in dobro počutje (Ule in drugi 2014, 59–62).

Odnos med psihiatrom oziroma psihiatrinjo ter osebo z motnjo v duševnem zdravju je vendarle nekoliko bolj specifičen od odnosa med pacientom/-ko in zdravnikom/-co v splošnem, saj posedujejo psihiatri in psihiatrinje, še posebej ti/te, ki so zaposleni/-e znotraj psihiatričnih bolnišnic, večjo moč nad življenjem dotične osebe tekom hospitalizacije. Odločajo namreč o prostih izhodih hospitaliziranih oziroma odmerjanju svobode osebi, sprejemajo odločitve o privezu le-teh na posteljo ter tako bolj zaznamujejo čas oziroma potek hospitalizacije osebe kot zdravniki/-ce, ki so zaposleni/-e v splošni ali katerikoli drugi bolnišnici. Prevpraševanje vloge psihiatra/-inje v psihiatrični bolnišnici je v intervjuju izpostavil psihiater, profesor socialne psihiatrije ter reformator Dell'Acqua (2014):

*Iva (izmišljeno ime za osebo, hospitalizirano v psihiatrični bolnišnici) je v kletki. Je za zaprtimi vrati. Je privezana na posteljo. Če jaz imenujem to shizofrenično hospitalizirano osebo Iva, se seveda vprašam, kako je mogoče, da je Iva, ki je sedaj oseba, ki jo prepoznam kot drugega sebe, privezana? Kako je mogoče, da ima zaprta vrata? Kdo sem jaz, da izrazim to moč uničenja? Sem znanost, sem zdravnik. Kaj pa je ta znanost, ta zdravnik?/.../ Vsa psihiatrična zdravljenja v sebi nosijo nevarnost oblasti, nadvlade. Odnos med zdravnikom in pacientom je neuravnotežen, neenak odnos. Zdravnik ima moč, pacient pa ne. Odnos med psihiatrom in pacientom je še bolj neuravnotežen kot odnos med zdravnikom in pacientom.*

## **PRIMERJAVA MED HOSPITALIZACIJAMI V RAZLIČNIH PSIHIATRIČNIH BOLNIŠNICAH**

Magda je eno hospitalizacijo preživela v *PK Ljubljana*, ostale pa v *PB Vojnik* – glede primerjave med njima pa je izpostavila sledeče: »Samo takrat, ko sm bla mlada, ker zdej nism bla v Ljubljani, tak da takrat je bla ogromna razlika, hujše je blo v Vojniku, mogoč tud zaradi tega, k tuki sem bla samo na odprtem oddelku v Ljubljani in je blo vse čist drugače organizirano, tak da lah sam zato povem kk pa kaj.«

Ada je takole primerjala prvo hospitalizacijo v psihiatrični bolnišnici, ki jo je preživela v Stockholmu, ter ostale hospitalizacije, ki so se odvijale v *PK Ljubljana*:

*V Stockholmu sem bla tujc in so me zlo v rokavicah sprejeli in zlo lepo ravnali z mano, sam sem bla tam samo tri dni, pol sem pršla pa v Polje in je blo pa ko noč pa dan. V tistih cajtih, ko sem bla js prvič, je blo grozljivo, smo meli žensko sprejemno, pa možko sprejemno nekje v kleti tiste stavbe, ki so jo pol podrl, in sobe so ble cele dneve zaklenjene, nismo mogli ven, pol sem js v tistem obupu še kadit začela, ker so vse kadile tam, v tistem smradu je še men zapasal in še do dans nisem nehala.*

V *PK Ljubljana* je Ado zmotila »predvsem tista nezainteresiranost osebja in sotrpinov, vse je blo tko čudn.« Počutila se je, kot da je svet znotraj psihiatrične bolnišnice razdeljen na dve skupini, in sicer na skupino pacientov/-k ter osebja, še posebej pa je bila, po njenem mnenju, opazna ločnica med inferiornimi pacienti/-kami in superiornimi sestrami/tehnikami.

## **SPLOŠNA OCENA ZDRAVLJENJA V PSIHIATRIČNI BOLNIŠNICI**

Irena:

*Točno to, kar sem povedala na skupini, da na zdravljenje vpliva politika in farmacevtski lobi se lepi na politiko in zaradi pritiska farmacije je zdravljenje pretežno biološko, ker se jim to vsem bolj splača, zdravniki gotou dobivajo visoke provizije, da ne rečem podkupnine, in verjetno tud zarad tega ne zaposlijo psihologov, ker država financira samo delovno mesto psihiatra, ne pa psihologa, na nekem oddelku in zato oddelki nimajo psihologov. Vsak oddelek bi rabu psihologa, da bi se ukvarjal individualno z*

*ljudmi al pa v skupinah, tko pa vse pade na psihiatra, ki je pa pretežno bolj usmerjen v pisanje receptov in to pomanjkanje psihologov je rak rana te bolnice. Če bi bli tle psihologi, da bi nam pomagal, da bi se osvobodil svojih ran in travm, potem se js čez bolnico v bistvu sploh niti ne bi prtožvala. Prtožvala bi se pa edin nad tem, da nam grozijo, če ne bo dobr, boš šou na zaprti oddelek al pa ti bomo dal injekcijo, to pa še vedno delajo. To je princip kaznovanja po Foucaultu.*

Robert:

*Ja nimam si kej pomagat, no, pa če kle prstanš, kle prstanš, bom še neki povedu, vedno je bla vzrok trava, ne, al pa š kej hujšga, no, tableti glih ne, ampak hašiš, skank, pa to, ne. Nazadnje je bil skank, ne, ampak kašn, tok močn, da sem zdej štir mesce tuki. Mislm, da je učinkovito (zdravljenje), tok tablet pojem, a ne, zjutrej eno pojest, opolne eno pojest, pa zvečer eno pojest.*

Cilka: »Sem (zadovoljna z zdravljenjem) recimo 80 procentov.«

Domen: »Sem zadovoln, čeprou me nimajo kej zdraut. Js ne mislm, da sem bolan, pride do dogovora med starši in dohtarji. Pojem ta zdravila, da mam mir, da grem lahko čim prej domov, če ne bi me držal loh še ohjoj dolg časa.«

Izabela: »Ne, premal je pogovora, že prvič, k prideš notr na sprejem, bi se mogu nekdo s tabo pogovort, ne pa da samo svojce poslušajo, potem te pa odvlečejo gor v prvo nadstropje, te nafilajo z injekcijami in te pošljejo v postlo. Predvsem pogovora manjka.«

Robert povezuje učinkovito zdravljenje s številom tablet, ki jih zaužije, Domen pa samega sebe ne dojema kot bolnega, podredi se pravilom psihiatrične bolnišnice z namenom čimprejšnjega odpusta iz bolnišnice, za razliko od Irene, Cilke in Izabele, ki vse izpostavljajo pomanjkanje pogovora, svetovanja psihologa tekom hospitalizacije v psihiatrični bolnišnici.

## **VIDENJE MOREBITNIH SPREMEMB V PSIHIATRIČNI BOLNIŠNICI oziroma ALTERNATIVNE OBLIKE POMOČI**

Na vprašanje glede morebitnih sprememb v psihiatrični bolnišnici oziroma katere službe oziroma oblike pomoči bi bolj ustrezale potrebam intervjuvancev ter intervjuvank, so ti odgovarjali:

Irena:

*Poleg psihologov je delovni terapevt zelo uredu stvar, samo delovno terapijo so pred dvesto leti izuml kvekerji, krščanska verska ločina v Ameriki, za terapijo v teh bolnicah in se mi zdi že zastarela. Js pač mislm, da dejansko je tuki (v PK Ljubljana) težko pomanjkanje psihologov, kliničnih psihologov in zdej je tud velik ljudi na Dunaju na univerzi Sigmunda Freuda dokončal ta študij psihoterapije, to tle manjka, tega tle ni, ker država tega noče financirat. In dokler bo tko, bomo mi stalno nezadovoljni, to ti bo povedu vsak, ki se bo s tabo pogovarju, ki bolj pozna te stvari. Js vidm in bi lahko clo knjigo napisala, kako bi se moral individualno, pri vsakem človeku, probleme rešvat, ne pa da vse mečejo v isti koš ne. Vsak člouk bi mogu met prijem zase, ne pa da se vse popredalčka in serijsko potem zdravi. /.../ Skupnostna psihiatrija, da so družbe razdeljene po območju, s tem ni nč narobe, tud če bi blo to tle (v PK Ljubljana), samo da bi blo več pogovorov, da bi analiziral, kje je problem, ne. Nej postavjo vsaj pravilne diagnoze, ne da nekdo nrđi specialistični izpit iz tvojga primera, ki sploh resničen ni.*

Robert: »Ma bi reku, da niti ne. Psihiatrinjo mamō tako dobro, vse sem zastopu, vse ve, alkohola ne prenaša, ne, pol drugih neumnosti tud ne.«

Cilka: »To, da bi blo več pogovorov, več dvogovora, dialoga. Več problemov maš, več rabiš tega, čim manj problemov maš, tudi, če rabiš, pa so tudi obremenjeni, si nekateri vzamejo čas za nekatere, drugi samo za ene, tretji za vse, četrti pa za malokoga.«

Izabela:

*Največ pogrešam pogovor, pa več svobode gibanja, recimo na sprejemnem smo mel tko, da smo si delil en balkon za kajenje s kriminalci in so oni mel prednost pred nami, oni*

*so bli prvi na vrsti za kajenje. Zakon obstaja, da mormo imet, da imamo psihiatrični bolniki pravico do kadilnice, kadilnic pa ni, nas preganjajo iz vseh virov, sploh kadar dežuje al pa je slabo vreme nimamo km it kadiť oziroma tuki gor je ena taka kadilnica, sej letos nisem bla še v njej, če je ista je grozna, ne, en prostor zadimljen, nikakršen, se ne morš niti usest, niti nč, ne. Pogrešam en normalen prostor za kajenje kukr majo v sprejemni, gor na griču, js pravm, ne, da greš lahko kdrkoli noter, da te noben ne preganja, da lahko sediš al pa stojiš in kadiš, pa maš mir, tega tukej ni.*

Glede na bogate izkušnje Dell'Acque (2014) z zdravljenjem oseb z motnjo v duševnem zdravju v Trstu je v intervjuju predstavil napotke za učinkovito zdravljenje le-teh:

*Obstaja pojasnilo, ki si po mojem mnenju ne zasluži nobenega dvoma in v katerega sem prepričan. Najbolj učinkovito zdravljenje se začne s spoštovanjem subjektivne, etične dimenzije in pravic oseb. Zakaj? Ker vsa psihiatrična zdravljenja v sebi nosijo nevarnost oblastnosti, nadvlade. Odnos med zdravnikom in pacientom je neuravnotežen, neenak odnos. Zdravnik ima moč, pacient pa ne. Odnos med psihiatrom in pacientom je še bolj neuravnotežen kot odnos med zdravnikom in pacientom. Torej se učinkovito zdravljenje začne z upoštevanjem prej omenjenega: pravic, etike in subjektivnosti ter z upoštevanjem, da moram jaz vedeti, jaz psihiater, koliko moja prisotnost lahko deluje oblastno na potrebe, na osebo. Če bolje povem, najbolj učinkovito zdravljenje mora biti zdravljenje, ki naslavlja osebo in ne bolezi. Če preidem k zaslugam, ti moram povedati, da se najbolj učinkovito zdravljenje zgodi, ko obstajajo storitve za mentalno zdravje, ki so dostopne, kjer se osebe obravnava kot osebe, kjer lahko osebe pridejo in grejo, oziroma so v situaciji, ki jo jaz imenujem mejna, pri kateri nikoli ne vstopimo v bolezen, da potem izstopimo. Vedno si ... če pogledava še podrobneje današnja učinkovita zdravljenja, govoriva o resnih, kompleksnih mentalnih motnjah, so zdravljenja, ki, in tu ni več nikakršnega dvoma, temeljijo na zdravljenju družbene dimenzije, ekonomske dimenzije, dimenzije odnosov ljudi. Kar vedno bolj upoštevajo, je tisto, kar imenujemo družbene determinante, družbeno-ekonomske determinante pri določanju bolezi. Učinkovito zdravljenje se torej dotika možnosti ohranjanja svoje službe, nadaljevanja svojega študija, biti deležen pomoči pri družinskih odnosih, zajezi, kako se reče, »social drift«, tok, s katerim lahko osebe potujejo. Izogibanje z vsemi možnimi strategijami vseh oblik institucionalizacije, tudi kratkih, in jasno uporabljati zdravila, ki niso hudičev orodje, so odlično orodje, a*

*v tem okviru, kjer je zdravilo nekaj, kar je v sestavljanke, ki je veliko bolj obširna. Kar se danes običajno dogaja je, da je tu medicinska psihiatrija, da je tu diagnoza, in ob diagnozi so zdravila. Potem se reče, da, potem govorimo tudi s psihologom, potem greš k socialni delavki, ki ti bo najbrž pomagala najti službo. Ampak, to so vse stvari, ki se dogajajo na drugem področju, medtem ko ti jaz razlagam, da psihološki okvir, družbeni okvir, biološki okvir, izobraževalni okvir, so vsi tam. Vedno jih moram razumeti kot skupek, kot kompleksen skupek. Tam lahko jaz zastavim dobra zdravljenja.*

## **8.2 VPLIV HOSPITALIZACIJE V PSIHIATRIČNI BOLNIŠNICI NA IDENTITETO OSEBE**

**Odgovor na raziskovalno vprašanje 2: Na kakšen način psihiatrična bolnišnica kot družbeni mehanizem vpliva na sooblikovanje identitete osebe, ko ta postane del institucionalnega sistema totalne ustanove?**

Osebe z motnjo v duševnem zdravju vstopajo v ustanovo s »prezentacijsko kulturo«, ki izhaja iz njihovega domačega okolja in generira način življenja ter določene aktivnosti, ki so videne kot samoumevne do trenutka sprejema v totalno ustanovo. Te ne nadomeščajo unikatne kulture osebe, torej tu ne gre za proces akulturacije ali asimilacije, temveč lahko pride v primeru dolgotrajne hospitalizacije do diskulturacije, pri čemer je oseba začasno nezmožna opravljati določene obveznosti zunaj, ko zapusti totalno ustanovo (Goffman 1991, 23). S sprejemom v ustanovo je osebi odvzeta podpora določenih stabilnih ureditev, ki so ji omogočale samopojmovanje znotraj njenega »domačega sveta«. Prek procesov degradacije, poniževanja, profanacij se sebstvo osebe sistematično, pogosto tudi nenamerno, mortificira. Začnejo se dogajati radikalni premiki v »moralni karieri« osebe, karieri, v okviru katere nastopijo progresivne spremembe v odnosu do prepričanj o sebi in drugih (Goffman 1991, 24). Empirično bodo vplivi institucionalnega sistema totalne ustanove na sooblikovanje identitete osebe tekom hospitalizacije v psihiatrični bolnišnici obravnavani na podlagi poglobljenih intervjujev, ki so bili opravljeni s hospitaliziranimi v *PK Ljubljana* ter z intervjuvancema in intervjuvankama, ki so vključeni v program stanovanjske skupine združenja *ŠENT* in imajo izkušnjo hospitalizacije v psihiatrični bolnišnici. Pri odgovarjanju na zgoraj zastavljeno raziskovalno vprašanje bo torej referenčni okvir predstavljala analiza osebnih videnj oseb z izkušnjo hospitalizacije v psihiatrični bolnišnici. Na podlagi njihovih

osebnih izkušenj bo izvedena primerjava s teoretskimi in empiričnimi dognanji avtorjev, ki so pomembno zaznamovali področje duševnega zdravja.

Intervjuvancem in intervjuvankam je bilo postavljeno vprašanje, kako je hospitalizacija v psihiatrični bolnišnici vplivala nanje kot osebe, na njihovo identiteto, na kar so odgovarjali tako:

Irena:

*Grozn. Sovraštvo do ljudi, kar ni dobr. Sovraštvo do Slovencev, slovenskega naroda, ker me od rojstva to spremlja, že zaradi mame, k je bila tle po srčni operaciji, ker nam ni nihče pomagal, ker so tukaj tko nrdil, ker so me prijatli zapustil, ker se v šoli niso zavzel za mene, čeprav so vedli, da mam doma težave. Sovraštvo do Slovenije, no, dobesedno tko, no, js se tu ne počutim doma, men je domovina mačeha, zato sem vedno rada šla v tujino, ker so bli tam ljudje drugačni, prijazni in kultivirani in tko naprej, čeprav vem, da tud tam ni vse prou, ampak js ne vem, ko pridem v to Slovenijo, se mi zdi, kot da pridem v peku od vseh krivic, ki sem jih doživela.*

»Institucionalni postopki pripeljejo do socialnega omrtvičenja osebne identitete in jo nadomestijo z institucionalno identiteto bolnika« (Flaker 1998, 7). Goffman (1991, 119–120) govori o tako imenovani moralni karieri osebe z motnjo v duševnem zdravju, kjer pojem kariere v širšem pomenu zadeva družbene niti, ki se pletejo tekom življenja vsakega posameznika in posameznice. Gre za institucionalni pristop pri raziskovanju jaza, kjer je dominantna moralni aspekt kariere. Ta predstavlja regularne sekvence sprememb, ki jih kariera pusti na jazu osebe ter na njegovem okvirju presojanja sebe in drugih. Iz citatov Irene, Magde ter Ade gre razbrati, da je hospitalizacija v psihiatrični bolnišnici predrugačila njihovo doživetje sebe in drugih. Irena je izpostavila sovraštvo do ljudi kot posledico hospitalizacij v psihiatrični bolnišnici, Magda in Ada pa izgubo družine, življenja, ki bi ga lahko živeli drugače brez hospitalizacij v psihiatrični bolnišnici. Osebe z motnjo v duševnem zdravju se bistveno razlikujejo v vrsti in stopnji motnje, ki jo določi psihiatrija, ter v atributih, s katerimi bi jih laiki opisali. Toda, ko so na tej poti, so soočeni s podobnimi okoliščinami, na katere se odzivajo na podobne načine, pri čemer te podobnosti ne izhajajo iz motnje v duševnem zdravju. Tovrstne podobnosti so rezultat družbenih sil, ki ne le, da poenotijo skupek oseb v status osebe z motnjo v duševnem zdravju z enako usodo in eventualno enakim značajem, ampak je potrebno izpostaviti tudi to, da se »družbena predelava« dogaja na raznolikosti ljudi,



ki jih družba lahko zbere skupaj (Goffman 1991, 121). Te podobnosti v njihovem dojetanju sebe in sveta okrog njih kot posledice soočenja s podobnimi okoliščinami tekom hospitalizacije v psihiatrični bolnišnici, so razvidne tudi iz naslednjih citatov:

Magda:

*Ja pač tisto zavedanje, da si bolan in da te bo to spremljalo celo življenje in si moraš pol nardit nekaj v glavi tak plan, da veš, a ne, da boš s tem živel, da se to ne bo spremenilo. Zej sem se prostovoljno odločila, da grem noter, a ne, ker sm pač vidla, da sem res bolana in da morm. Dolg časa sem rabla, da sm prišla do tega in tud posledice v mojem življenju glede tega so ble kar hude in zarad tega tud mogoče mal bolj odklonilno gledam na bolnišnico in na te zadeve, ker sem prevč izgubila zarad tega, verjetno se zarad tega tak počutim, ogromno mi je to vzelo.*

Ada: »Kr mal me je spremenila, nisem tak optimist več kot sem bla včasih, ne vidim svetle prihodnosti pred sabo, negativno me je to zaznamovalo, kr neki mi je tud to vzelo, predvsem družino, otroke.«

Ciril:

*Ko sem js znorel, zblaznel, se je men porušu svet, to je bla kataklizma zame, v 24. letu sem zbolel. Prva psihoza, ko sem bil tud pol leta v bolnici v Polu, na psihiatriji, težko je blo, posledice so ble, da sem čist izpadu, zelo na hitro sem izpadu, številni so bli zelo presenečeni: »Kako, a njemu se je to zgodilo?« In takrat je bil tud družbeni odnos, ljudje, takrat so mal drugače gledali na to in ni blo tko, danes je tega pa že tolk in tolk je že tud sprejeto, raznorazne deviacije, odkloni, motnje itn., da je to v tem smislu neprimerno lažje. Takrat ni blo nobene šanse, da bi se z nekom od zunaj kar tko pogovarjal, si bil dobesedno izločen, si padel v en poseben svet, na margino, za zidovje in ključne psihiatrične bolnice, je blo analogno, zlo podobno arestu. /.../ Če si mel kakršnekoli težave, itak si bil že registriran ne, mi norci smo bli sendesetga leta tudi na republiškem sekretariatu za notranje zadeve registrirani, ludaci. /.../ Js sem torej outsider, nisem niti srednješolski profesor, sem bil, pa sem že pred desetletji zgubu, outsider sem, če nimam niti povprečne penzije, z varstvenim dodatkom krepko pod*

*pragom revščine, priznane v državi, pol sem neki obrobnjež, ne. To moje izobčenje, delno je blo res samoizobčenje.*

Ciril je omenil tudi eno izmed prilog ter izpostavil kako bi bilo lahko njegovo življenje drugačno brez te etikete in »moralne kariere« osebe z motnjo v duševnem zdravju:

*Eden od kolegov s faksa, znan univerzitetni profesor z geografije (profesor na Filozofski fakulteti Dušan Plut), zej spet nastopa v politiki, bo nastopal. Ko sem bil varnostnik v nakupovalnih centrih in drugih objektih, smo se tam enih dvakrat, trikrat srečali in sva se pogovarjala, še zmeraj smo ostali dobri kolegi, ko sem na hitro tiste spomine... ampak kašna razlika, js sem zdej tam en smešen pajac v varnostniški uniformi, že trideset let v penziji, on pa ugleden univerzitetni profesor, ki ma kr reference tud, zlasti zaradi vprašanja okolja.*

Robert: *»Kle me en sodelavc obiskuje, ne, točn ve, kje sem. Ja, nimaš si kej pomagat, a ne, pač bolniška je, ne, zdej je pa najdaljša, prej sem bil dva mesca pa pol notr. Mislm, da kr pozitivno (vpliva nanj hospitalizacija), od začetka mogoče ne, js tle blizu delam, ne (pri podjetju, ki omogoča zaposlitev hendikepiranim osebam), zlo rad grem delat.«*

Drugi hospitalizacijo v psihiatrični bolnišnici doživljajo drugače. Robert na primer to dojema kot »nekaj, kar je treba« in je pri tem nemočen (»ja, nimaš si kej pomagat, a ne), pogreša pa delo v podjetju, kjer je zaposlen za polovični delovni čas.

Domen: *»Pozitivno pomojem, nove ljudi spoznaš, kej nouga se naučiš, čist pozitivno jemljem. Sem le na vasi doma, grem mal od doma, tm ni velik družbe, ni velik prjatlov.«*

Pri Domnu je zaznati pozitivno dožemanje hospitalizacije, predvsem zaradi socialne komponente, saj biva v ruralnem okolju, kjer te primanjkuje, ter zaradi možnosti pridobivanja določenega novega znanja.

Miha: *»Jaz mislin, ka je to blo dobro za mene, zato ker čeprav je to psihiatrična klinika, pa se čuje bav bav, ampak če si hočeš pomagat, ne, valda da se boš šel zdravit nekam.«*

Ena od odlik doktrine, po kateri so psihiatrične bolnišnice razumljene kot bolnišnice za zdravljenje bolnih ljudi, je ta, da se varovanci ali varovanke, ki preživijo več let svojega življenja v psihiatrični bolnišnici, lahko trudijo prepričati, da so vneto delali na svoji ozdravitvi in da, ko so enkrat ozdravljeni, velja čas zdravljenja za smotrno in koristno investicijo (Goffman 1991, 67). To velja tudi za primer Mihe, ki je bil hospitaliziran devetkrat, vsakokratna hospitalizacija je trajala najmanj dva meseca, torej je Miha preživel skoraj dve leti svojega življenja znotraj psihiatrične bolnišnice in ta čas dojema kot naložbo v svoje zdravje.

### Izabela:

*Zelo slabo. Že to, da si hospitaliziran v psihiatrični bolnišnici, je stigmatično. Še danes je to stigma, ne, kukr rečeš, da si psihiatrični bolnik, tko je vse narobe, tud recimo men se je zgodil, da sem pršla na urgenco in tm poveš kakšne tablete, zdravila jemlješ, in ko začneš o kakšnem Depoju (Moditen Depo) pa to, se zdravniki kr ogradijo, enostavno se ogradijo, se kr nekak umaknejo in te ne obravnavajo kot normalnega bolnika. Hospitalizacija negativno vpliva name.*

Za osebo, ki bi bila v običajnih socialnih odnosih zlahka sprejeta, je značilna določena lastnost, ki privablja pozornost in odvrča ljudi od te osebe, pri čemer se razveljavlja vtis drugih lastnosti osebe. V tem primeru je oseba »nosilec stigme, nezaželene drugačnosti, ki neprijetno odstopa od naših pričakovanj« (Goffman 2008, 14), kar velja tudi za intervjuvanko Izabelo, ki bi bila, brez vedenja ostalih o njeni motnji oziroma zdravilih, ki jih jemlje, sprejeta kot vsi ostali, vendar se dogaja, da postane psihiatrična diagnoza ena in edina lastnost, ki je nad vsemi drugimi lastnostmi, po kateri se definira osebo z motnjo v duševnem zdravju. Dell'Acqua (2014) v tem kontekstu pravi, da je pomembna izključitev sodbe in postavitev motnje v »oklepaje«, ki omogoča spoznavanje ljudi, državljanov, oseb, da torej motnja ne predstavlja poglavitne lastnosti, ki določa okvirje identitete osebe:

*Če želim jaz spoznati resničnost Slovenije, moram izključiti mnenje, ki ga imam, ali pa, ki mi ga drugi povedo o Sloveniji. Moram jo prečkati v mejah svoje sposobnosti, biti izven predhodnih mišljenj in tako spoznam Slovenijo. Na enak način spoznam Ivo. Torej, prvo stališče, ki ga zavzame Basaglia, je, moram, dam med oklepaje, izključim sodbo. Jaz ne vem, kaj je shizofrenija, ne vem, kaj je manično-depresivna psihoza, ne*

*vem nič o tem. Te definicije dam na stran. Lahko bi rekel: jaz vem še preveč dobro, kaj je shizofrenija: shizofrenija so simptomi, delirij, prividi, obnašanja, nevarnosti, nasilje. A to ni tisto, kar želim vedeti. Torej to dam na stran, dam bolezen med oklepaje. To je začetna operacija, kot bi bilo to bistvo, kot nosilni kamen, ki povzroči, da se sesuje celotna stavba psihiatrije. Bolezen dam med oklepaje. Če dam bolezen med oklepaje, spoznam tisto drugo. Spoznam Ivo, spoznam Peppeja, spoznam Giovanni, spoznam Igorja, končno spoznam ljudi, državljane, posameznike, se pravi, spoznam vse to. Ne več hospitalizirane osebe, bolnike. Seveda imajo potrebe, sedaj ne trdim, dam bolezen med oklepaje, torej bolezen ne obstaja. To je nekaj, kar bom sedaj moral redefinirati, ko bom spoznal Ivo. Če rečem, da je shizofrenična, je konec. Če jaz rečem shizofreničen, vse to, kar ti počneš in kar si, postane ta edina definicija, ta edina ploska identiteta. Oseba ima več identitet. V trenutkih, ko se sprašujem, če dam bolezen med oklepaje, odkrijem subjekte, osebe, državljane. Tu najdemo drugi prehod, ki je zelo pomemben, sedaj rečem Iva, da rečem oseba, da rečem subjekt. A Iva je v kletki. Je za zaprtimi vrati. Je privezana na posteljo. Če jaz imenujem to shizofrenično hospitalizirano osebo Iva, se seveda vprašam, kako je mogoče, da je Iva, ki je sedaj oseba, ki jo prepoznam kot drugega sebe, privezana? Kako je mogoče, da ima zaprta vrata? Kdo sem jaz, da izrazim to moč uničenja? Sem znanost, sem zdravnik. Kaj pa je ta znanost, ta zdravnik?*

Specializiranost psihiatrije v določanje diagnoze in terapije ter videnje osebe samo skozi motnjo se odraža tudi v tem, da so pričevanja oseb z motnjo v duševnem zdravju pogosto tretirana kot blodnje, brez preverbe pričevanja pri svojcih oziroma bližnjih, ki stopijo v kontakt s psihiatrom oziroma psihiatrinjo, na kar kažejo tudi pričevanja intervjuvancev in intervjuvank. Na tem mestu bi bila morebiti smiselna omemba eksperimenta, v okviru katerega so skupini ljudi dali v presojo več kosov hlačnih nogavic, ki naj bi bili med seboj različni, in sicer z namenom iskanja razlik med hlačnimi nogavicami. Sodelujoči v eksperimentu so našli številne lastnosti, po katerih se hlačne nogavice razlikujejo med seboj, njihov miselni tok je bil torej usmerjen v iskanje razlik, četudi so bile hlačne nogavice med seboj identične, na nek način je podobno tudi pri psihiatriji, saj je njeno delovanje pretežno usmerjeno v določanje diagnoze in terapije, ne pa v pogovor z osebo in upoštevanje večplastnosti njene identitete. To ne pomeni, da dotična oseba nima motnje, ampak kot pravi Dell'Acqua (2014), ob postavljanju bolezni med »oklepaje«, je mogoče odkriti subjekte, osebe, državljane, ne pa, da diagnoza shizofrenija ali katera druga motnja v duševnem zdravju postane edini aspekt, po katerem se definira identiteto osebe z motnjo v duševnem zdravju, ne

glede na to, da ta oseba opravlja določen poklic, se ukvarja z določeno aktivnostjo, je del neke socialne mreže in tako naprej. Razloge za problematiko osredotočenosti na motnjo gre iskati v sistemu obravnave motenj v duševnem zdravju v Sloveniji, kar predstavlja relikv historične obravnave motenj v duševnem zdravju na območju Slovenije, pa tudi v izobraževalnem procesu ter učenju od starejših kolegov in kolegic, ne gre torej za osebno pomanjkljivost posameznih psihiatrov ali psihiatrinj. Tovrstni način obravnave je torej plod terciarne socializacije v nekem poklicnem okolju, ki postavlja določene zahteve in akulturira posameznike ter posameznice v sistem določenega poklicnega miljeja.

## **ODNOS SORODNIKOV IN ŠIRŠE OKOLICE PO HOSPITALIZACIJI**

### Robert:

*Sestra točno ve, k z mano ni neki v redu, »ti sam čim hitrej pejt ke, da ti bojo pomagal,« mama pa podobno razmišlja. Js sem na hribčku gor nad vasjo in ... nujno morm drgač začeti živeti, drgač bom propadu, to sem spoznou, tako živlene ne pele nikamor, ne, skank, trava, te neumnosti, hašiš. V službi pa mam odlično šefico in se mi ne zdi, da bi kej drgač gledala name, je rekla: »Tablete, počivi, pozdrau se, pol k boš pršu, bomo pa spet začel, jovo na novo.« Pa sestra me zlo podpira, vse mi tja na hribček prnese, kar rabm za obleč in obut, me pride tud sem obiskat.*

Domen: *»Nisem bil stigmatiziran, edin mogoč od kšnga prjatla kšnga dima nisem dubu, zato mogoče mal, no, kej več pa ne. Sej to tko dojamejo, ko vidjo, kako se obnašaš, kašn si, čist v redu, pozitivno so me sprejel.«*

Robert izpostavlja podporo svoje sestre in matere, v delovnem okolju pa ni zaznal spremenjenega odnosa po svoji hospitalizaciji v psihiatrični bolnišnici. Domen izpostavlja predrugačen odnos po svoji hospitalizaciji v psihiatrični bolnišnici le v kontekstu kajenja marihuane, ko mu nekateri prijatelji niso več ponudili le-te.

Miha:

*Ja, na primer moja mama je tudi šizofrenik, pa to malo drugače sprejema, moj brat je bil na začetku malo skeptičen, pa me je gledal tak malo postrani, ampak ko je ugotovil, da mi pomagajo, pol se je sprijaznil, mislim, sprijaznil, je videl, da je v redu pa me je normalno sprejel. Prijatelji pa so bli na začetku tak tak, so se me izogibali pa tak, ampak potem zdaj, ko so videli, da mi gre dobro, da se dobro držim, pa tak, pa so tudi oni popustili, me pozdravijo nazaj, pa govorimo, pa tak.*

Miha je izpostavil razumevanje matere, saj imata isto diagnozo, za razliko od brata, pri katerem je od začetka zaznal spremenjen odnos po hospitalizaciji v psihiatrični bolnišnici, ki se je sčasoma izboljšal. Podoben odnos je opazil tudi pri prijateljih, pri čemer je njihovo začetno izogibanje nadomestil bolj pozitiven odnos.

Cilka:

*Mene doma v svojem rojstnem kraju in širši okolici ne stigmatizirajo, ampak me zelo cenijo in rečejo tako: »Mi te razumemo, kolk ti v hiši nardiš in da ni nič čudnega, da se to dogaja.« Me razumejo, mogoče še bolj kot si zaslužim. /.../ Mam prjatle, dobre, dve sta igralki, to so ženske, ki me razumejo. Ena je imela podobne izkušnje kot js in se zlo dobro ujameva, pa tud po naravi je zelo sočutna, mi pomaga finančno in sicer. Pač moja žlahta je pa taka, da me pa nočjo razumet, ker se bojijo zame, kar razumem, ker so ogromno potrpeli zame, ogromno, ogromno, in to razumem, da oni mene zdej ne razumejo.*

Cilka izpostavlja nerazumevanje svojcev z ozirom na svojo hospitalizacijo v psihiatrični bolnišnici za razliko od odnosa okolice v domačem kraju in prijateljic.

Izabela:

*Js recimo mam take prjatle, da to razumejo in tud zdele recimo mi sploh noben ne teži, ker jih nisem obvestila o tem, ker nočem o tem govort vsakmu posebej in se obremenjevat s tem, tko de jih mislm potem, ko bom ven pršla, enkrat povabit na čaj al kšn narezek in jim vsem naenkrat povedat, ker me to obremenjuje, ni mi prijetno govort*

*o tem, tud recimo moja širša okolica tm, kjer živim, vejo, da sem psihiatrični bolnik, ampak js tega ne skrivam, ker me ni sram povedat. Nimam občutka, da bi me stigmatizirali, me kar sprejmejo, tud s svojci ne, razen zdravniki, ko se kar ogradijo ob diagnozi.*

Izabela je izpostavila sprejemanje prijateljev z ozirom na svojo hospitalizacijo v psihiatrični bolnišnici v primerjavi z zdravniki izven psihiatrije, pri katerih je opazila predrugačen odnos.

Irena:

*Svojci: »Kaj se je zgodilo z Ireno?« Razočarana sem tud nad svojci, to je tud moje razočaranje nad Slovenijo, ker ljudje pr ns niso pripravljeni pomagat drug drugmu, ampak vsak samo zavida, izkorišča in nevoščljivi so. In točno tko so se obnašal sorodniki do naše družine, samo izkoriščal, nč pomagal, zavidal, k sem bla zelo dobra učenka. Svojci so vse vedl, kaj se pr nas doma dogaja, ko sem pršla pa v Polje, so se pa sprašval »Kaj je z Ireno narobe?«, kar se mi zdi hipokrizija, no. Hudo mi je, da nosm v svojem srcu sovraštvo do ljudi. S prijatli je blo drugač, prijatli so bl razumel, ampak mogoče sem bolj js prekinla stike z njimi kot oni z mano, ker sem mela občutek, kot da bi bla rada sama. V službi so me pa sprejel, ko sem pršla iz bolnice, ko me je oče po mamini smrti spet spravil v bolnico, ko norca, no. Je rekla ravnateljca: »Js vas sploh ne jemljem resno.« Sem že povedala (tekmo prejšnjih srečanj) kakšne dosežke sem vse mela js z otroci, ko sem delala z njimi na šoli, da so v Ameriki zmagal na tekmovanju pol, ko so bli študenti, ampak ker sem bla na psihiatriji, mene niso resno jemal. Brezveze, boljše, da sploh nisem ostala tam. Učitelji so bli dobri do mene, ker js sem bla strokovnjak, čeprav sem bla težka, k nisem prenesla krivic, ki so se dogajale otrokom zato, ker so se dogajale men. So začel sprašvt, kdaj bom pršla, ker js sem velik problemov rešila, za kere oni niso niti vedl. Občutek mam, da na osnovni šoli mene sploh niso razumel, mogoče je bil nivo bl nizek, nočem nobenga žalt, ampak tko je, ravnateljca mi je pa rekla: »Js vas pa sploh ne mislm resno jemati.«*

Zgornji izsek iz intervjuja z Ireno kaže na to, da je hospitalizacija v psihiatrični bolnišnici vplivala na predrugačenje odnosa okolice do nje, še posebej v službi, kar je razvidno iz naslednjega citata: »V službi so me pa sprejel, ko sem pršla iz bolnice, ko me je oče po mamini

*smrti spet spravu v bolnico, ko norca, no. Je rekla ravnateljca: 'Is vas sploh ne jemljem resno'.« Njeni prijatelji pa so bili v tem oziru izjema, saj je sama prekinila stike z njimi.*

#### Magda:

*Bolj negativno, v glavnem, da tist, ko je notr, je bil stigmatiziran do te meje, da si takoj dobil oznako, a ne, če si bil notr v psihiatrični bolnišnici. Tudi v službi se je to poznalo, je bla razlika. Če si bil na bolniški, smo bli takrat klicani na razgovor k direktorju in si pač mogu povedat, zakaj si na bolniški, ne, ker so skušali čim bolj zmanjšat bolniški stalež, čeprav v bistvu tega ne bi smel, pa da si moral ti pol povedat, zakaj si tak dolgo na bolniški, kaj je narobe pa tak naprej in potem se je to razširilo po kolektivu, to je hitro, sej vete, kak to je, večji, mešan kolektiv, eden začne, pa pol gre kar okrog. Js mam zraven še epilepsijo in ravno s tem mam kar slabe izkušnje. Od začetka, ko sem začela padat, so mi rekli, da sej to nč ni, da naj jemljem tablete, da ne bo napadov, pa tak naprej, čeprav se je bolezen komaj pojavla, a ne. Negativno, negativno res. Tudi doma, tist pa sploh, s svojci, odkar sem bla zdej nazadnje v bolnici, niti nimam stikov, zato ker me pač smatrajo, da sem nora in so mi vsi obrnali hrbet, vsi razn mojih otrok, drgač pa vsi.*

Tako kot Irena tudi Magda navaja problematike v okviru delovnega okolja po hospitalizaciji v psihiatrični bolnišnici. Kljub temu da je imela Magda epileptične napade, so v delovnem okolju to smatrali kot del njene psihiatrične diagnoze. Kot sta bili nekdanj astma in artritis percipirani kot psihosomatski bolezni, tako so danes multipla skleroza, alergije na hrano, določene nevrološke bolezni, med katere spada tudi epilepsija, in mnoge druge bolezni še vedno razumljene kot primarno psihiatrične (Chesler 2005).

Predrugačen odnos po hospitalizaciji v psihiatrični bolnišnici je Magda opazila s strani sorodnikov, kar kaže naslednji citat: »S svojci, odkar sem bla zdej nazadnje v bolnici, niti nimam stikov, zato ker me pač smatrajo, da sem nora in so mi vsi obrnali hrbet, vsi razn mojih otrok, drgač pa vsi.«

#### Ada:

*Po prvi hospitalizaciji so nekje skušali razumet, da sem pač na živcih zbolela, pa da se bom pozdravla, sam pol, ko se je to ponavljalo, ponavljalo, ponavljalo, smo se tud*



*precej odtujil. Mama je še živa, stara je 84 let, pa precej dementna, to me zelo prizadene, če grem tja, pa jo skušam tko mal spomnt na kšno stvar, pa prav: »Joj, vse sm pozabla.« Ko so se hospitalizacije ponavljale, so se začeli ljudje drugače obnašat do mene, govorili so mi, da sem lena, da se mi nč ne da, pa da mi ni treba kar naprej kadit, brat je bil včasih tko zelo našpičen proti meni, mi je kšno prav grdo besedo reku, sestre niti ne tolk, mam štir sestre, pa enga brata. Mi še kr stojijo ob strani, bolj redko me pridejo obiskat, k so vsi po službah, pa bencin je drag, ker sem tam iz Štajerske, se bolj redko vidmo, bolj če je kšno praznovanje al kšn dogodek al kaj tazga.*

Ada predstavi razumevajoč odnos okolice po svoji prvi hospitalizaciji v psihiatrični bolnišnici, kar se je spremenilo po ponavljajočih se hospitalizacijah.

## **MOREBITNE TEŽAVE Z ZAPOSLOTVIJO PO HOSPITALIZACIJI**

### Irena:

*Mene so na silo upokojil, ker preden sem šla v bolnico, sem dala primer enga otroka, ki je bil žrtev fizične in spolne zlorabe, na sodišče in na Center za socialno delo in potem so angažiral kriminalistično službo. In ko sem bla js v bolnici po mamini smrti, so to prikival, in ko sem prišla nazaj v službo, so se zgovarjali, da sem bla v psihiatrični bolnici in da to sploh ni res. Bla sem klicana na zaslihanje, bil je prisoten sodni izvedenec, ki je presodil, da sem OK, šli so v nadaljnjo preiskavo, šola je dobila kontrolo, js pa sem izgubila službo.*

Ireni po hospitalizaciji v psihiatrični bolnišnici v osnovni šoli, kjer je bila zaposlena kot psihologinja, niso verjeli, da je bil neki učenec žrtev fizične in spolne zlorabe, posledično je zaradi hospitalizacije izgubila službo, pozneje pa je bila invalidsko upokojena zaradi motnje v duševnem zdravju.

### Robert:

*Ne, k tkrt sem bil še v redu, ne, to je bolezen, ne, 2002 se je pa začel. Od začetka nisem mel problemov (z zaposlitvijo). Še neki sem pozabu povedat, sem se pa zaletu z motorjem, tkrt sem pa pil pa vozu motor brez čelade, sem bil pa dva mesca pa pol v*

*komi. Sestra je prnesla borovničke, mam doma vse posajen, ne, pol se je pa jokala, k nisem nč mogu, ne, pa je šla žalostna domov. Mam pa 24 let pa pol že službe, prej sem pa lokomotive popravlu. 15 let sem bil zaposlen za poln delovni čas, pol pa za štir ure.*

Magda: *»Js sm ostala v isti službi, so me obdržali, zdaj sem pa invalidsko upokojena.«*

Robert je ostal v isti službi kot pred hospitalizacijo v psihiatrični bolnišnici, Domen pa zaenkrat še ni bil deležen problematik v zvezi z zaposlitvijo po hospitalizaciji v psihiatrični bolnišnici. Magda je sicer ostala v isti službi, vendar je bila kasneje invalidsko upokojena zaradi motnje v duševnem zdravju.

Cilka:

*Hvala bogu sem že zlo dolg upokojena, od leta 90, če bi bla danes, bi mela pol manj denarja. Učila sem najprej na osnovni šoli, potem na gimnaziji, potem so se pa začele težave, hospitalizacije in potem sem pristala na tem, da sem absurd učila na gimnaziji, potem pristala kot varuhinja otrok v vrtcu, sreča božja, da se mi je utrgalo, da sem šla od tam. Prodajala sem v knjigarni, ne med knjigami, ampak obrazce, in ženske so ble zelo žleht in hvala bogu sem bla za določen čas in sem šla ven. Pol sem se pa upokojila, zdej nekako shajam s tem. V službi niti niso vsi vedli, kaj je, ko sem učila, takrat še nisem mela te bolezni, potem se je začelo. Potem pa hvala bogu, verujem v Boga in hvalim Boga za vse te rane, k so pršle nadme, da sem lažje sočutna, da lažje razumem dobro in zlo tega sveta.*

Izabela:

*Ja, tkrt se je recimo v službi začel mobing, čist enostavno so me degradiral, ker sem bla psihiatrični bolnik, so me odstranl iz delovnega mesta v računovodstvo, osamil v bistvu, bla sem brez računalnika, brez vsega, samo tiste papirje sem brskala sem pa tja, prej sem bla z večimi sodelavci v pisarni, pol so me dal pa samo v pisarno, brez računalnika, samo s papirji. So me premestili, znižal delovno mesto, mi znižal plačo, premestitev je tko vplivala, da sem, sicer js sem dobila denar, ker sem se prtožla preko sodišča za delovno pravo, tko da sem dobila tolk plače, kokr bi jo na prejšnjem delovnem mestu.*

Kot je bilo že omenjeno pri obravnavi dezinstucionalizacije v Sloveniji je bila Izabela zaradi hospitalizacije v psihiatrični bolnišnici premeščena na nižje delovno mesto, skladno s tem pa se ji je znižala plača, nakar je vložila pritožbo in s sklepom sodišča začela prejemati isto plačo kot jo je pred hospitalizacijo v psihiatrični bolnišnici.

Ada:

*Na gimnaziji (zaradi varstva podatkov ime dotične gimnazije ne bo predstavljeno) sem matematko poučevala, ne vem al sem jim (sodelavcem in sodelavkam) js povedala al so jim drugi povedali, v glavnem vedli so, ampak se niso zaradi tega do mene nč bl drugače obnašal. Meni je takratna psihiatrinja, k je šla zdej že v pokoj, filala s tableti, to takimi, celo pest tablet mi je dajala, je rekla, da me bojo s tableti tolk rešili, da bom lahko delala vsaj še po štiri ure, in pol sem bla velik na bolniški, pa velik v bolnici, tko da pol 99. leta so se odločil, da me invalidsko upokojijo, da pač nisem več sposobna bit v razredu, pa naučit otroke kaj matematke, čeprav sem pol kasneje mogoče tko sem pa tja še kaj inštruirala, ampak kej dost pa ne. Po prvi hospitalizaciji sem se vrnila v službo, ni bilo težav, ta poklic sem zlo rada opravljala.*

Ciril:

*Od leta '81 do 2001 sem samo bil opazovalec psihiatrije (po letu 2001 vključen kot aktivist), sicer močno povezan že zarad žene pa družinskih stvari, osebno pa ne, nikol več nisem pol mel (od leta 1979) tretmaja psihiatričnega pacienta, ampak seveda, ker si tolk stigmatiziran, zaznamovan še zmeraj, tam sem nekaj rabu za neke službe, ko sem iskal, pa sem dobil, kar se pač je dalo dobit. Celo zelo pozitivno mnenje prej imenovanega primarija, leta '85 mi je super napisal kot priporočilo: »Nazadnje se je zdravu '79, nima zdravil, dobra remisija.« V službi so bli naklonjeni, ne da neb sprejeli, še preveč, ampak js sem recimo tko trpel, ko je en kolega, ko sem delal še v poklicni šoli, moje prvo delovno mesto, dobronamerno, ko mi je v razred parkrat pršou iz sosednjega razreda mirit dijake, js sem bil pol leta itak v bolnici, pol pridem ves drugačen, brez volje, apatičen ecetera ecetera, kukr ožeta cunjia in sevda mene so takoj dijaki meli v luftu, ker mene so požrli mularija, ne da se goljufat, igrat in js to izkušnjo mam, oni se ne bodo ukvarjali z mano, ko ga j... starega, ne. Takoj so pogruntali: »To je pa izi ne, pri njem pa lahko delamo kar hočmo, ne.« Prakso sem mel, pa tok sem rad*

*to počel, sem bil al pa sem si umišljaj, da sem še dober pedagog, matr, zdej me bodo pa tkole nosli kot dojenčka. Pomanjkanje avtoritete, kar je bla posledica same hospitalizacije. Takrat ni blo še takšno razsulo, zmeraj je bil to živčen poklic – učitelj, profesor, zmeri so bli problemi z disciplino, od pamtiveka, ampak tko kot zdej pa ne. Pol sem pa s prepovedjo državnih služb js zaključu, to iz Avstroogrške izvira, da so te izločili iz državne službe, to se mi je zgodilo leta '81, povezano je blo tudi s hospitalizacijo. Pol, ko sem z gimnazije šel, to je bil takrat leta '76 moj najvišji domet v karieri, srednješolski gimnazijski profesor, zdej pa nastopi družina, ampak se je tu bla nuja tud zaposlit, ne, in sem se, sam zdaj pa nism bil js več tisti, ki bi lah izbiral, pa da bi me celo iskali, sem pa dubu prec, še zmeraj, ne. Pol je bla za eno leto osemletka (kraj ne bo predstavljen), pa na vzgojiteljski šoli, sam tle je blo sam nadomeščanje. Nisem pa več dosegu več, tist je bil moj največji ..., v smislu poklicne kariere. Že 81. leta, pri enatridesetih se je začelo žal to moje outsiderstvo, ko sem postal outsider, js sem sicer po svoje ponosen na to, da sem dal to skos, nisem pa več bil v teh normalih, v smislu generacije svoje. To je važno, ker člouk je tud zmeraj v generaciji.*

Ada je bila tako kot Ciril in drugi invalidsko upokojena zaradi motnje v duševnem zdravju. Ciril pravi: »Sam zdaj (po hospitalizaciji v psihiatrični bolnišnici) pa nism bil js več tisti, ki bi lah izbiral, pa da bi me celo iskali, sem pa dubu prec, še zmeraj, ne.« Hospitalizacija v psihiatrični bolnišnici je predrugačila njegov položaj na trgu delovne sile, je pa kljub temu še vedno lahko dobil zaposlitev. Leta 1981 pa je bil izločen iz državne službe, kar je bilo v korelaciji tudi s hospitalizacijo v psihiatrični bolnišnici.

### **8.3 MANIFESTACIJA SPOLA V PSIHIATRIČNI BOLNIŠNICI PK LJUBLJANA**

#### **Odgovor na raziskovalno vprašanje 4: Na kakšne načine psihiatrična bolnišnica nagovarja vprašanje spola?**

Pri iskanju odgovora na raziskovalno vprašanje, ki zadeva načine manifestacije spola znotraj psihiatrične bolnišnice, se (glede na onemogočen vstop v katerokoli psihiatrično bolnišnico v Sloveniji zaradi zavrnitve moje prošnje za raziskovanje s strani vodstev vseh psihiatričnih bolnišnic v Sloveniji) izkazuje omejenost pri vpogledu v prostore in sistemsko obravnavo

spola znotraj psihiatrične bolnišnice. Posledično je odgovor na raziskovalno vprašanje zasnovan na podlagi analize opravljenih intervjujev s hospitaliziranimi v *PK Ljubljana* ter z osebami, ki bivajo v stanovanjski skupini združenja *ŠENT* in imajo izkušnjo hospitalizacije v *PK Ljubljana*.

Za preučevanje načinov, kako psihiatrične bolnišnice obravnavajo spol, je ključnega pomena prepoznavanje določenih vzorcev delovanja tovrstnih institucij ter osebja znotraj le-teh – na čemer bo temeljila tudi analiza omenjenega raziskovalnega vprašanja. Pozornost bo posvečena tudi obravnavi medosebnih percepcij spola na mikro ravni ter institucionalnih percepcij spola na makro ravni, in sicer skozi analizo poglobljenih intervjujev. V *PK Ljubljana*, glede na pričevanja intervjuvancev in intervjuvank, ni v veljavi spolna segregacija osebja, da bi bili recimo na moškem oddelku zaposleni le moški, na ženskem pa izključno ženske. Prek dojemanj intervjuvancev in intervjuvank z ozirom na mešane ter ločene oddelke za moške in ženske v psihiatrični bolnišnici ter preverjanja obstoja morebitnih razlik med moškimi in ženskimi oddelki v psihiatrični bolnišnici bo izvedena analiza manifestacije spola v *PK Ljubljana*. Načini obravnave spola s strani psihiatrije bodo analizirani tudi skozi perspektive ter izkušnje intervjuvank in intervjuvancev v relaciji do potencialne diferencirane obravnave psihiatrije glede na spol, pa tudi skozi vlogo spola pri določanju motnje v duševnem zdravju, predvsem v zvezi s pogledom, po katerem ženske, tudi zaradi njihove emocionalnosti ter senzibilnosti, prej dobijo diagnozo motnje v duševnem zdravju kot moški.

## **LOČENI ODDELKI ZA MOŠKE IN ŽENSKE ALI MEŠANI ODDELKI**

*Miha: »Jas bi v mešanem, bi mi zadovoljevalo vse, saj ženske tudi doživljajo pač te napade pa bolezni, pa to pač, pa je fajn, če se mnenja menjajo.«*

Preference intervjuvanca vključujejo bivanje na mešanem oddelku, saj motnje v duševnem zdravju doživljajo osebe ne glede na spol. Manifestacije duševne stiske pa se med spoloma razlikujejo. Pri Mihi in Robertu je pojav motenj v duševnem zdravju sovpadal z uživanjem alkohola, pri ženskah pa se tovrstne motnje običajno izkristalizirajo v obliki depresije. Izsledki raziskave Wittchna in drugih (2011) so glede motenj v duševnem zdravju za države članice EU za leto 2010 pokazali, da ženske posedujejo dvakrat večje tveganje za motnje razpoloženja in anksioznosti v vsakem letu v primerjavi z moškimi, pri katerih pa je mogoče pogosteje opaziti problematike v povezavi z uživanjem alkohola in drog (Wittchen in drugi 2011, 38; Matlin 2012). Moški se torej na depresijo običajno odzovejo z uživanjem alkohola

(kar se je pokazalo tudi v primeru Mihe in Roberta) in drog (kot v primeru intervjuvanca Cirila), pri čemer diagnoza zajema le problematiko odvisnosti, namesto depresije (Matlin 2012, 389).

Irena:

*Mešani, čeprou tam na mešanih je polno seksualnih iskric, in to je mučno, ker nekateri ljudje tle nismo poročeni, in vem, da prihaja v kadilnici do raznih situacij, ko poslušamo kašno pesem o ljubezni in potem se tam pogovarjamo in bi se kr objemal in ne vem kaj delal, ker tega nimamo. Tam smo vsi na kupu, pa zvečer, pa muska pa tko naprej, drugač pa ne vem, kaj bi rekla, pomoje bi blo boljš, da bi bli mešani, ker nas ločujejo. In ko pride ženska na moški oddelek, ker js hodm na moški oddelek na računalnik, je potem stalno vznemirjenje tam. Normalna človeška družba je moški in ženske, je, da se medsebojno srečujejo vsak dan in pogrešaš normalne medčloveške odnose. Z moškimi se je treba pogovarjat, z ženskami se je treba pogovarjat. Če so pa sam ženske na kup, je pa to polovica človeške komunikacije, neko nenaravno stanje.*

Cilka:

*Zdej sem v mešanem oddelku. Sem za mešane, mislim, da so mešani oddelki zelo v redu, ker vsak člouk je ženska in moška polovica, (začetek recitala) to kar naša, vaša preljuba Manca Košir z dvema perutničkama in Slo-ve-nija (konec recitala) itd. eccetera, tako da smo dejansko jin in jang, moško in žensko, plus in minus, v ravnovesju in se dopolnjujemo. Kar nisi ti, sem js in obratno, tako da se lažje razumemo in sem zelo za to, da so mešani oddelki in da so tako uredili te prostore s pomočjo evropskih sredstev kot so jih. Mislim, da so za to bolnico dobro izkoristili. Pri moških je več sproščenosti, ženske znamo bit zelo zadržte med sabo, moški pa mal na hec obrne, mal na njihove stalne teme: seks, pa se mal zafrkavaš, pa mal koga dotolčeš, pa se ti povrne nazaj, pa ga mal prevzgojiš, pa on tebi vrne, pestrost, to.*

Irena in Cilka preferirata bivanje na mešanem oddelku v psihiatrični bolnišnici, saj kot pravi Irena: »Normalna človeška družba je moški in ženske, je, da se medsebojno srečujejo vsak dan, in pogrešaš normalne medčloveške odnose, z moškimi se je treba pogovarjat, z ženskami se je treba pogovarjat. Če so pa sam ženske na kup, je pa to polovica človeške komunikacije,

*neko nenaravno stanje.« Cilka pa poda podobno argumentacijo: »Smo dejansko jin in jang, moško in žensko, plus in minus, v ravnovesju in se dopolnjujemo.«*

Domen: *»Za mešane. Bl vseč mi je, da smo moški in ženske skupi, tud na skupini skupi, drugač sem že bil na mešanem, zdej sem na moškem, pogrešam več stika z ženskam.«*

Robert: *»Kaj js vem. Upret se neb mogu nč, ne, pomojem ne, no, bi mi blo vseeno.«*

Magda:

*Js sem pa za ločene, ženske, pa moške. Preprosto iz razloga, ker če so same ženske, je človek bolj sproščen, ne, tko pa recimo nikol ne veš, kaj je v ozadju, a ne, lah je človek bolan, lah ma kake negativne misli glede tega in lahka pride hitro do kakega konflikta, tko da js sem bla na ženskem oddelku, ko sem bla na odprtem in tam je bil zravn tud mešan oddelek. V Vojniku je bla ena mešana skupina, ena moška in ena ženska, samo v bistvu nisi mogu kaj dost vplivat kam greš, kam so te razporedili, tam pa si šou, js niti nism vedla, kak to poteka, mal je blo odvisno, približno iste bolezni so dali skupaj, tak da ni blo prevlke razlike, a ne.*

Izabela: *»Za ločene, ker se mi zdi, da, ne vem, no /.../. To njihovo (moško) čvekanje, osvajanje, postavljanje in take zadeve.«*

Iz zgornjih citatov Magde in Izabele gre razbrati njuno preferenco po bivanju na ločenem oddelku v psihiatrični bolnišnici, pri čemer Magda svojo izbiro utemeljuje z večjo sproščenostjo na izključno ženskih oddelkih, Izabela pa kot razlog za bivanje na ločenem oddelku med drugim navaja tudi osvajanje s strani moških.

Ada:

*Sem bla v mešanem oddelku, pa v redu, js sem si sam želela k svojmu lečečmu psihiatru it, ker me najbolj pozna pa ni treba kaj dost govort, me sam vidi, pa že ve, kaj bo naredu z mano. Ko sem bla na mešanem oddelku, nisem mela težav, ko smo bli vsi skup združeni. Na sam ženskem oddelku sem bla pa sam takrat, ko sem bla na sprejemni, ker*

*je sam ženski, pa moški sprejemni, k je vse ločeno, pa zaklenjeno pa tko, tam v sprejemni mi ni blo glih najbl luštn, sej to nobenmu ni.*

Izsledki opravljenih intervjujev so, ob vprašanju podpore ločenim oziroma integriranim oddelkom, pokazali, da pri intervjuvanki Adi spol ni odigral krovne vloge, ampak je predstavljal bolj košček mozaika, znotraj katerega je ključno vlogo prevzemalo zdravljenje pri lečečem psihiatru in ne spolna struktura bolnišničnega oddelka. Za razliko od Ade, Cilka in Irena preferirata bivanje na mešanih oddelkih ter izpostavljata pomen dopolnjevanja moških in žensk na oddelkih v psihiatrični bolnišnici. Pri Magdi in Izabeli pa je bilo mogoče zaznati njuno preferenco po bivanju na ločenem oddelku v psihiatrični bolnišnici. Intervjuvanca Miha in Domen podpirata integrirane oddelke, Miha zaradi lažje izmenjave mnenj med hospitaliziranimi, ne glede na spol, Domen zaradi stika z ženskami za razliko od intervjuvanca Cirila, ki opozarja na nezaželena rojstva in posilstva znotraj integriranih oddelkov ter preferira ločene oddelke. Pri Robertu je bilo mogoče opaziti indiferentnost z ozirom na bivanje na ločenem oziroma mešanem oddelku.

Raziskava, ki je bila opravljena leta 2001 (Seeman 2002), obravnava preference pacientov v psihiatričnih bolnišnicah v Združenem kraljestvu. Pokazala je, da ob vprašanju preference glede ločenih oziroma integriranih oddelkov v psihiatričnih bolnišnicah, odgovori variirajo. Izsledki študije med dolgotrajnimi pacienti v Veliki Britaniji iz leta 1994 kažejo na večinsko preferenco po bivanju na ločenih oziroma tako imenovanih »*single-sex*« oddelkih. Nemška študija iz leta 1996 je znotraj intenzivnih enot psihiatričnih bolnišnic zasledila preferenco izključno pacientk po spremembi v ločene oddelke, za razliko od nemške študije iz leta 2001, kjer je le 9 % žensk in moških, hospitaliziranih v intenzivni enoti, podpiralo ločene oddelke. V raziskavi, ki je vključevala 96 moških in žensk, katerih polovica poseduje izkušnjo psihiatrične hospitalizacije, je 30 % anketirancev izrazilo skeptičnost glede varnosti na oddelkih psihiatričnih bolnišnic (Seeman 2002). Ugotovitve že opravljenih raziskav s tega področja vključujejo preferenco oseb z motnjami v duševnem zdravju po namestitvi v ločene oddelke (Hingley in Goodwin v Leavey in drugi 2006, 80), kar je značilno zlasti za ženske (Becher 1998; Spiessl in drugi v Leavey in drugi 2006), in sicer zaradi zaskrbljenosti žensk pred morebitnimi spolnimi zlorabami in nadlegovanjem s strani moških pacientov na mešanih oddelkih (Altounyan 1993; Cleary in Warren v Leavey in drugi 2006). Angleška raziskava iz leta 2000 (Leavey in drugi 2006, 82), kjer so bili podatki zbrani s strani pacientov in osebja v psihiatrični bolnišnici iz severnega dela Londona, je vključevala raziskovanje na ločenih moških in ženskih ter mešanih oddelkih. Izsledki raziskave so pokazali večjo nagnjenost



žensk k ločenim namestitvam. Za paciente v mešanih oddelkih je bolj verjetna preferenca po spremembi oddelka, katero v tem primeru predstavljajo ločeni oddelki, kot pri pacientih, ki so hospitalizirani v izključno moških ali ženskih oddelkih. Ženske so v primerjavi z moškimi izražale občutno večje nezadovoljstvo v povezavi z zasebnostjo ter varnostjo na oddelku.

Ciril:

*Meni je to mim (mešani oddelki za moške in ženske v psihiatrični bolnišnici), da se še dol dajejo zmešani, ne, ne, ne. Takrat (v času hospitalizacije intervjuvanca) je blo to ločeno, je blo pa par enih zoprnih posilstev dol, ne, ne vem, kok se o tem govori. Men to ni like it, vem, da je zdej to tko, integrirano, pa zakaj je to potrebno, ne vem, ne vidim nobenga rezona, zakaj bi to blo potrebno. Vi FDV, FSD ste modernisti, po svoje, ja, po svoje pa starček tle že ugovarja. Enkrat sem že konzervativnost omenu, iz ultra levičarja, ko sem mel še v sendesetih težave, dejansko, ne namišljene, so me tud zasliševali, pa pokojnega Jašo Zlobca, tule (vprašanje integriranih oddelkov) pa ne, tule sem js načelno zelo kritičen do tega, ne vidim rezona, zame so to novotarije. Ne vidim nobene zadeve, da bi bli tud mešani oddelki, za odprte oddelke govorim, ker to je itak isti šmir. Zaprti oddelek pa ne vem in močno dvomim v morje številnih raziskav, pa sem čist pritlehni intelektualec, ampak se štejem, ne, sam za izobraženca, mal se še mam tud za enga luzerja, outsiderja, ne, sam, da so me šolali, mal mam po naravi, čeprav sem zmešan tud, pa norec, ampak vseeno, ne. /.../ V psihiatričnih bolnišnicah je pa še večja štala, sej se še ne vejo, koga majo, kaj bo zdravla, so pa izjeme, js sem navedu dr. Ano Rojnik, lah bi kšne, poznam.*

Intervjuvanec Ciril zagovarja spolno segregacijo na oddelkih v psihiatričnih bolnišnicah, saj oponira spolnim odnosom med pacienti, hkrati pa opozarja tudi na spolne zlorabe, ki se dogajajo na mešanih oddelkih. Intervjuvanec Ciril izraža stališče glede obstoja številnih problematik v današnjem času v povezavi z ženskami, kamor med drugimi spada tudi pretirana emancipacija in tako naprej, v psihiatričnih bolnišnicah pa naj bi bile te še večje, saj pravi: »V psihiatričnih bolnišnicah je pa še večja štala, sej se še ne vejo, koga majo, kaj bo zdravla (kar se nanaša na psihiatrinjo, ki po pričevanju intervjuvanca ni vedela, kateri pacienti spadajo v okvir njene pristojnosti), so pa izjeme.« Ob tem pa omenja tudi izjeme, katere je tekom intervjuja naštel ter argumentiral izbiro posamezne psihiatrinje (npr. priznava delo

psihiatrinje dr. Vesne Švab v zvezi z uvajanjem skupnostne psihatrije v Sloveniji ter psihiatrinjo dr. Ano Rojnik, ki je prenesla gestalt terapijo iz Nemčije).

## **RAZLIKE MED MOŠKIM IN ŽENSKIM ODDELKOM, RAZEN TEGA, DA SO NA ENEM MOŠKI, NA DRUGEM PA ŽENSKE**

Miha: *»Ni blo razlik, moški so se bolj razkomotili na primer v dnevni sobi, ko so bli kavči, so se pač vlegli, ženske to na primer ne bi delale.«*

Zgornji citat bi lahko pojasnili s kulturno konstrukcijo konceptov predpisanih spolnih vlog oziroma spolno specifičnih vzorcev vedenja v družbi ter specifičnimi kulturnimi predstavami o spolih, ki določajo koncepte normalnosti in nenormalnosti glede na spol (Zaviršek 1994b, 39), kar v praksi predstavlja dojetje moške udobne namestitve kot normalne oziroma sprejete, za razliko od žensk, katerim niso predpisani tovrstni vedenjski vzorci oziroma se kaj takšnega zanje ne spodobi. Obstoj predpisanih norm vedenja torej predpisuje drugačna pravila spodobnosti za ženske in moške, kar se odraža tudi znotraj citata intervjuvanca. Gre torej za vpliv normativnih zapovedi, ki določajo spolno specifične reakcije, na vedenje osebe, ko ta postane del institucionalnega sistema. Morda se te ženske doma razkomotijo podobno kot moški, v primeru hospitalizacije pa institucija kroji vedenje oseb, ki upoštevajo družbeno oblikovane norme vedenja.

Magda: *»Nism mela kaj tam (na moškem oddelku) iskat, tak da nism hodla, niti ne vem kak so mel to razdeljeno, vem samo, da ob vikendih kter ni šou vn, domov, a ne, za vikend, je bil pol na mešanem oddelku, tam smo bli čez vikend, tak da, ampak je blo čist uredu sodelovanje pa vse skupi, kokr nas je ostalo tm, da ni recimo sestra ostala zarad treh, štirih pacientk na oddelku, ampak so pol pač nrdil tko, da so vse skupi dal v eno skupino.«*

Intervjuvanka Magda ni obiskovala moškega oddelka in posledično ni opazila potencialno obstoječih razlik med oddelki za ženske in moške. Intervjuvanka Ada ter intervjuvanec Ciril prav tako nista zasledila razlik med moškim in ženskim oddelkom.

Irena: *»Ma moški so ful boljš, no, ne komplicirajo, babe težijo oziroma začnejo kej težit zarad kšne kozlarije, moški so pa mal bolj tko, ne komplicirajo. Drgač pa razlike, prednost majo pri*

*kosilu in večerji, majo privilegije. Prej pridejo na kosilo in prej dobijo večerjo, ženske mormo pa čakati pol ure, zato ker najprej za njih nrdijo. Drugo je isto.»*

Robert: *»Ja sevede, ženske bl čuvajo, ne (osebje v PB), ena je šla iz kle, 26 let je bla stara, zdej je mnde spet kle na zaprtem, kr na Metelkovo je šibnla, in to zvečer ob devetih, ne, k je bla obletnca Metelkove tkt, enaindvajseta.»*

Irena izpostavlja razlike glede na moške in ženske oddelke pri postrežbi kosila in večerje, saj so na moškem oddelku obroki postreženi prej kot na ženskem. Robert pa navaja, da osebje v psihiatrični bolnišnici bolj skrbi za ženske.

Cilka: *»Prav to, kar sem rekla, ženske ... na splošno se mi zdi najbolj urejena geriatrija, pa I oddelek, tale A je lepo porihtan, ampak je ločen po spolu, ta sistem, sem rekla, da js v A stavbo ne bi šla več. Ravno to, ta ločenost moških in žensk in potem kar pride med nami do trenj, če so same ženske, če so sami moški.»*

Cilka izpostavlja pojavljanje trenj na izključno moških ali izključno ženskih oddelkih, čeprav se po pričevanjih intervjuvancev in intervjuvank ta dogajajo tudi na mešanih oddelkih z ozirom na spol.

Domen: *»Na ženskem oddelku sem bil samo enkrat, zdej v tej hospitalizaciji, ne vem, ne poznam. Več jih je v eni sobi, sem opazu, do sobe sem šou, ko sem prjatlco isku, pa sem vidu, da jih je šest notr v eni sobi, večja soba. Mi smo trije v eni sobi, tm jih je pa šest. Televizjo majo isto, dnevni prostor tud, drugač se mi zdi isto.»*

Domen je opazil večje število oseb v sobi in večjo sobo, ki jo je obiskal na ženskem oddelku, v primerjavi z moškim oddelkom.

## **MOREBITNA DIFERENCIRANA OBRAVNAVA S STRANI PSIHIATROV GLEDE NA SPOL**

Ciril:

*Ah ne, js tu ne vidim to, tega ne vidim, niti ne vem te statistike, da bi blo, tu pa ne vem. S tem se pa zamegljujejo neke zadeve, recimo histerija, ki je bla včasih ključna ženska*

*posebnost, je praktično ni več, nihče več ne govori, ampak je zanimivo, o nevrozah ni več, zdej so neke hecne motnje in un ameriški standardni, razvpiti psihiatrični priročnik govori o 600 al kok psihiatričnih zadevah in to je zame isto ko feminizacija, evo (v smislu ekspanzije pojava), zadaj je pa en sam interes, da že dojenčku dat farmak.*

Histerija je bila v času Platona percipirana kot posledica premikajoče se maternice, želeče otroka. Njeno gibanje po telesu naj bi povzročilo zaletavanje v druge notranje organe in s tem sprožanje histeričnih simptomov. V 19. stoletju je psihiatrija histeriji nadela oznako nevrose možgan. Na prelomu iz 20. v 21. stoletje so začeli histerični napadi »*grande hystérie*« izginjati, namesto njih so se vse pogosteje začele pojavljati diagnoze shizofrenije, kar je psihiatrija v tistem času argumentirala kot spremembo »simptomatične pantomime« histeričark in prilagajanje le-te shizofrenemu vzorcu (Zaviršek 1994a, 143). To predstavlja razlog za opustitev diagnoze histerije, ki je, po mnenju intervjuvanca, predstavljala nekdanj »*ključno žensko posebnost, ki je danes ni več*«. Termin »histerija« za psihiatrijo običajno pomeni razvrstitev, ki je značilna za žensko naravo. Vsaka ženska je potemtakem lahko diagnosticirana kot histerična, kajti definicija histerije zaobjema tako imenovane »tradicionalne ženske lastnosti«. V primerih, ko je psihopatologija opisana s termini ženskega značaja, ni presenetljivo, da je motnja potem bolj razširjena pri ženskah, torej je edini način za prekinitev s tovrstnim etiketiranjem opustitev spolno specifičnega primerne obnašanja (Mowbray in drugi 1985, 99).

Na vprašanje »Se vam zdi, da ste drugače obravnavani pri psihiatrih, ker ste ženska?« so intervjuvanke odgovarjale:

Magda: »*Se mi zdi, da je to kar problem obojih, da pri enih in pri drugih to pač tako poteka.*«

Ada:

*Edin, da mam tako diagnozo, k jo moški težko ma, ne (mišljena je bila poporodna depresija, za katero je intervjuvanca najprej zbolela). To, kar mam zdej uradno, sej ne vem, kaj mi sploh fali, ampak uradno mam bipolarno motnjo, z bipolarno motnjo je ogromno ljudi, skor vsak, sam pr enem je to tolk izrazito, da se mora psihiatrično zdraut, pr drugih je pa tko, da sami pregurajo težke trenutke, se veselijo lepih trenutkov, pa druženja pa tega, tega pa pr men manjka.*

Biološke razlike med spoloma v tem primeru implicirajo nezmožnost obolevnosti moških za poporodno depresijo, za razliko od omenjene bipolarne motnje, kjer obolevnost glede na spol ne igra vloge.

Irena:

*Js mislm, da more met ženska moškega psihiatra in obratno. Moški in ženska sta kot dopolnilo drug drugega, in če se to v normalnem medsebojnem odnosu dogaja, da moški dopolnjuje žensko, ženska dopolnjuje moškega, tko tud psihiater lahko dopolnjuje tam, kjer ti ne vidiš. Med ženskami je vedno neko trenje, med moškimi pa tud po svoje, in mogoče tega ni, če maš psihiatra nasprotnega spola. Lahko so tud slabosti, lahko se zalubš v psihiatra, js se recimo nisem, ampak men bolj odgovarja moški psihiater, ker me bl na realna tla postau.*

Cilka: »Ja, odvisno od spola psihiatra, sej obstaja nek zdravniški eros, nimam nč proti njemu, sem zelo za to, v bodoče si bom zbirala sicer ženske psihiatrinje. Moški so pač moški, hočjo bit v vseh ozirih naj, naj, pa niso vedno. Manjka mi sočutje, pa da si več časa vzame za pogovor, pa da te razume kot ženska.«

Irena je pri odgovoru na zgoraj zastavljeno vprašanje izpostavila dopolnjevanje moškega in ženskega spola in meni, da bi ženska morala imeti moškega psihiatra in obratno, za razliko od Cilke, ki omenja zdravniški eros in preferira psihiatrinje zaradi njihovega sočutja, pripravljenosti za pogovor in razumevanja. Poslušanje, dajanje socialne podpore in opogumljanje spada med pomembne dejavnike duševnega zdravja (Walker, Oakley v Zaviršek 1994e, 412), kar so visoko vrednotile predvsem intervjuvanke, ki so izpostavljale pomen pogovora.

Izabela:

*Tega nisem doživela zato, ker sem bla vedno v ženski skupini, nisem bla nikol v mešani skupini. Zdi se mi, da so ženske psihiatrinje slabše kot moški psihiatri, ker ne vem, ne vem, zakaj. Js mam psihiatrinjo na Polikliniki in mi sploh ni všeč, bla sem pr njej, shujšala sem 30 kil in mi je, namest, da bi se z mano pogovarjala o psihičnih težavah, k*

*sem jih mela in jih imam, me je napotila v Emporium po nove obleke. Meni se ni zdelo, da bi me moški psihiatri obravnavali drugače, ker sem ženska.*

Izabela ni bila deležna diferencirane obravnave pri psihiatrih, ki jih bolj ceni tudi zaradi omenjene slabe izkušnje s psihiatrinjo.

Na vprašanje »Se vam zdi, da ženske prej dobijo diagnozo motnje v duševnem zdravju kot moški (ker naj bi bile bolj občutljive, emocionalne?),« so intervjuvanke odgovarjale:

Irena: *»Ne, tle ni seksizma, isto dobiš butasto diagnozo. Isto butasto dobijo moški in isto butasto dobijo ženske (smeh).«*

Izabela: *»Ka pa js vem, to ne bi mogla reč, bi pa rekla, da ženske znajo tud izkoristit to.«*

Cilka: *»Hm, verjetno res, verjetno res. Morm pa pr temu reč, da so ženske, k so v bolnici v veliki meri žrtve družinskega nasilja, da je dost alkoholizma, agresije s strani moškega spola, nekatere tudi s strani tudi drugih družinskih članov, kar je pri moških podobno, al je pijača al so droge in tako.«*

Irena pravi, da pri diagnosticiranju žensk s strani psihiatrov ni seksizma, saj tako moški kot ženske ne dobijo točne diagnoze. Cilka omenja diferencirano izražanje duševne stiske glede na spol, pri čemer izpostavlja alkoholizem moških, kar pogosto vpliva tudi na hospitalizacijo žensk v psihiatrični bolnišnici.

## **STANOVANJSKE SKUPINE KOT OBLIKA SOŽITJA MOŠKIH IN ŽENSK ALI NJENA NEGACIJA**

Ciril:

*Sej me pustijo pol socialne pr miru, moja socialna delavka, js sem tu težek in problematičen, pa nisem budala, pa kaj, ne mi zdej o ženskah govorit, popolnoma zanič so, js ne rečem, zanič so zaradi farmakov, bolezni, pa kaj čem js s tako babo? Se dobro razumem v skupnosti, zakaj smo mešana skupnost? Kok js vem, pa 13 let nekega sožitja, seksualnega življenja ni, se ne razvije, pa zakaj nas pol to? A ni to zajeb..., pa draženje,*

*zakaj? Zdej ne vem, kolk sem se vam še zasn... s tem, vsak čloun hoče tud mal ugajat, ne da se zdaj zasn... s kašnim sem preveč šel v eno smer, sej nisem tolk nastrojen, tolk orto tud ne.*

Intervjuvanec nasprotuje stanovanjski skupnosti, znotraj katere bivajo tako moški kot ženske, saj po njegovem mnenju ni pravega sožitja med njimi, prav tako pa odnosi med njimi ne vključujejo spolnosti. Po mnenju intervjuvanca enega izmed razlogov za segregacijo predstavlja odsotnost spolnosti, torej bi v primeru razvoja tovrstnega razmerja med stanovalci in stanovalkami podpiral tovrstno obliko bivanja. Intervjuvanec ne predvideva sožitja med spoloma brez spolnosti, vendar povezanost med moškimi in ženskami ne poteka le na fizični ravni, saj odnosi med spoloma vključujejo sožitje na številnih ravneh.

#### **8.4 PRAKSE DEZINSTITUCIONALIZACIJE IN UČINKI BIVANJA V STANOVANJSKI SKUPINI NA OSEBE Z MOTNJO V DUŠEVNEM ZDRAVJU**

**Odgovor na raziskovalno vprašanje 3: Kakšne so prakse dezinstitutionalizacije in učinki bivanja v stanovanjski skupini na osebe z motnjo v duševnem zdravju v primerjavi z učinki institucionaliziranih praks?**

Pri analizi praks dezinstitutionalizacije in njihovih učinkov na osebe z motnjo v duševnem zdravju je bila obravnavana ena izmed praks dezinstitutionalizacije, in sicer bivanje v stanovanjski skupini. Izpeljava analize bazira na poglobljenih intervjujih s stanovalcema ter stanovalkama, ki bivajo v stanovanjskih skupinah združenja *ŠENT*, saj intervjuvanci in intervjuvanke, ki so bili v času mojega raziskovanja hospitalizirani v *PK Ljubljana*, niso imeli izkušnje z bivanjem v stanovanjski skupini, in sicer zaradi urejenega bivanja v domačem okolju, finančnih pomislekov ali nelagodja ob bivanju z enako ali bolj hendikepiranimi osebami. V času izvedbe intervjujev z intervjuvancema ter intervjuvankama, ki bivajo v stanovanjskih skupinah združenja *ŠENT*, je po njihovih pričevanjih v eni stanovanjski skupini običajno bivalo med štiri in šest oseb. Poleg poglobljenih intervjujev z osebami z izkušnjo hospitalizacije in bivanja v stanovanjski skupini bodo predstavljeni tudi določeni aspekti tržaškega primera dezinstitutionalizacije, ki ga je v intervjuju nazorno opisal Dell'Acqua (2014).

Dell'Acqua (2014) je izpostavil tri dimenzije dezinstucionalizacije z ozirom na upoštevanje oseb z motnjo v duševnem zdravju:

*Odprtje vrat (psihiatričnih bolnišnic) pomeni, da za zidovi, za zaprtimi vrati odkrijem, da obstajajo državljani, obstajajo osebe, obstajajo subjekti. Torej se tam pojavi dimenzija, nova pot, ki je **politična dimenzija dezinstucionalizacije**. Če najdem Ivo in rečem, da je državljanka, moram najprej videti, ali ima pravico postati mama, ali ima pravico imeti hišo, ali ima pravico, da ima svoje obleke, ali ima pravico, da ima svojo zobno ščetko, da ima glavnik? Ima pravico, da ima vse pravice, ki jih ljudje, ki se imenujejo Emanuela, Peppe, Giuseppe in tako naprej, imajo. In to je dimenzija, kako bi rekel, normativna, organizacijska, zakonska. Takoj pa se pojavi še ena dimenzija, ki je ekstremno pomembna dimenzija in jo jaz lahko imenujem **človeška, humana ali etična**. Če je za vrati Iva, ni samo državljanka, ampak je tudi oseba. In z osebo moram razumeti dimenzijo, ki se dotika etike, življenja, ki ga moraš živeti, ki mora biti kot moje. Torej je moje vprašanje: Ali lahko jaz privežem Ivo? Ji lahko vzamem oblačila? Jo lahko opazujem, kako se slini brez čevljev in tako naprej? Kje je dostojanstvo? Oseba je povezana z dostojanstvom, etiko, humanostjo. Tu je humana dimenzija, ki postane zelo pomembna. Zakaj postane zelo pomembna? Ker norišnice nastanejo z odvzemanjem humanosti osebam. Ko norost postane mentalna bolezen, izginejo osebe in izgine humanost. Obstaja tretja pomembna dimenzija. Za vrati je Iva, dobro, Iva je ena posameznica. Ednina, je ena. Torej ni več mentalna bolnica, shizofreničarka in tako naprej, ampak je ena. Tu pa se začne druga pomembna pot dezinstucionalizacije, ki se vedno izgublja, to je **terapevtska dimenzija**. Od tu se moramo vprašati povsod in s še večjo pozornostjo, kaj je ta subjekt pred menoj in kaj sem jaz njemu nasproti? Tu se začne druga pot, torej pravice, dostojanstvo, subjektivnost.*

## **VPLIV STANOVANJSKE SKUPINE NA IDENTITETO INTERVJUANCEV in INTERVJUVANK, KI BIVAJO V STANOVANJSKIH SKUPINAH ZDRUŽENJA ŠENT**

Na vprašanje, ki je zadevalo vpliv stanovanjske skupine na identiteto intervjuancev ter intervjuvank, so ti odgovarjali sledeče:



Miha: »Čist pozitivno, spremenil sen tudi pač način mišljenja, ka nism več tak nesamozavesten pa to, berem tudi knjige, dosti o samopodobi.«

Magda: »V redu, pozitivno, v varnem okolju, kot bi bila doma.«

Miha in Magda sta mnenja, da ima bivanje v stanovanjski skupini pozitiven učinek nanju, Magdi pa bivanje v stanovanjski skupini predstavlja varno okolje, podobno domačemu. Miha in Magda izpostavljata povezanost med stanovalci ter to, da se v stanovanjski skupini počutita absolutno bolj vključena v družbo in bolj aktivna v primerjavi z bivanjem v psihiatrični bolnišnici. Glede odnosa okolice, na primer sosedov, kjer bivajo v okviru stanovanjske skupine, je Magda povedala: »Konfliktov nimamo z njimi, a ne.«

Ada:

*Tud se ne počutim gluh svobodna, dobr sej loh grem kamor čem, kadar čem, loh delam kar čem, ampak če ne nrdim tistga, za kar sem zadolžena, bojo že postran gledali, pa bo kšn šou na listek gledat: »Jej, kolk je kuhna umazana, ti jo maš na seznamu opravi, za katere si dolžna, dej to že zrihti,« pa tko in pol seveda zrihtam, pa spet ni dobr, pa: »Ne pospravljajš za sabo,« pa se mi zdi blesavo, da bom js za onimi fanti posodo pomivala, če komu kaj rečem: »Ja, sej bomo,« pa preden ne pride ta terapevtka iz ŠENT-a, ni vse skp nč, pol, ko pa ona reče, takrat pa pomijejo pa pospravjo, da js nimam dela z njihovimi kuharijami. Stanovanjska skupina te mal manj zaznamuje, na splošno se počutm bolj kot v bolnišnici.*

Ada se generalno gledano bolje počuti v stanovanjski skupini, poudarila je tudi avtonomnost odločanja glede izhodov in preživljanja časa tekom bivanja v stanovanjski skupini, vendar so zanj problematična pravila hišnega reda, ki vključujejo tudi čiščenje stanovanja, kjer bivajo, ter odnos sostanovalcev do tega.

Ciril:

*Moje mnenje je, da bi ble boljše drugač sformirane skupine, čist drugač, sploh so narobe, bi morale bit prehodna oblika, bo moralo to ministrstvo, ki sam dnar daje, predvsem nekaj nrdit, kar pa sploh ni čudno, tu se velika sredstva pretakajo, js sem ...,*

*vsak od nas je vreden več kot jurja za državo, ma enga ni, ki bi resno evalvacijo naredu. No, tiste še nrdijo hecne, smešne, znanstvene, moderne, v praksi ni enga, da bi reku, po enem letu, da bi neka neodvisna, njihova nadzorna skupina pršla, pa »kako je s tem človekom, kaj ta člouk napreduje, kaj je z njim?« Ne, leta in leta se potika, pa ne more niti cunje ..., ker ni več pogojevanja, ker ni več tistga, če boš to, sledi to, na to so pozabli in je to mizerija, prepuščenost samim sebi.*

Ciril je kritičen do obstoječega sistema stanovanjskih skupin, saj meni, da bi te morale biti prehodna oblika za osebe z motnjo v duševnem zdravju. Izpostavlja nujnost vzpostavitve neodvisnega nadzornega organa, ki bi preverjal stanje in napredovanje osebe, ki biva v stanovanjski skupini, ter pripravil evalvacijo stanja vseh, ki bivajo v stanovanjskih skupinah.

## **RAZLIKE MED POČUTJEM V PSIHIATRIČNI BOLNIŠNICI IN STANOVANJSKO SKUPINO**

Miha:

*Meni je boljše v stanovanjski skupini, več svobode mam, tudi več zaposlitev, na primer, ne vem, travo kosiš ali pa v vrtu kaj delaš, ali pa posodo pomivaš ali pa kaj takega, ka se zamotiš malo. Potem v stanovanjski skupini je tudi to dobro, ka se navadiš redno jemati tablete, ka maš pač nek nadzor, mislim nadzor, pride pač strokovna delavka, pa malo preverja, kak je kaj ne, če redno jemljemo zdravila, to zdaj že vsi jemljemo, pa če je treba kaj nardit, pa tak. V bolnici pa tisti program, ko si mel, si mel, tak da je blo bolj pasivno. V stanovanjski skupini mamo tudi pravico do prostovoljke in jaz sen tisti, ki uporabljam to, pa se mi to zdi zelo dobro, da se malo še z drugimi tak pogovarjaš. Mislin, ka man tak plan, ka bolj, ko bom samostojen, več možnosti bom mel iz tega, pa zaživel samostojno življenje. Zaenkrat še rabim malo pomoči pri nekaterih delih, ampak bo.*

Miha je, poleg pomena svobode in aktivnega preživljanja časa v stanovanjski skupini za razliko od omejenosti gibanja ter pasivnosti v psihiatrični bolnišnici, izpostavil tudi načrte za prihodnost v zvezi s samostojnim življenjem. Samostojno življenje pa velja za idealni izid dezinstitutionalizacije, da bi lahko osebe z motnjo v duševnem zdravju s podporo (obstoj skupnostnih služb: kriznih centrov, prostorov za umik ali oddih, kjer bi dobile nujno podporo,

in drugo) živele doma. Stanovanjske skupine in druge majhne enote, kjer biva od 4 do 6 ljudi, bi morale obstajati samo kot vmesna, prehodna struktura z namenom samostojnega življenja ljudi (Flaker 2015).

Miha je z ozirom na večjo samostojnost omenjal tudi porast obsega možnosti v prihodnosti, prav o možnostih oseb z motnjo v duševnem zdravju zunaj psihiatričnih bolnišnic govori tudi Dell'Acqua (2014), ki pravi, da je eden izmed učinkov dezinstitutionalizacije vrnitev možnosti osebam z motnjo v duševnem zdravju:

*V Trstu obstajajo službe, ki so blizu državljanom, niso oddaljene, niso daleč, niso strašljive, ni zidov. So premostljive. Potem obstajajo prednosti (dezinstitutionalizacije), ki se tičejo ljudi. In po mojem mnenju so te najbolj izjemne prednosti, ker danes v Italiji, a tudi v Evropi in tudi v svetu, to sporočilo, se pravi ta kultura dezinstitutionalizacije, se pravi o tem, kaj je bolezen, o prevpraševanju norosti, privede ljudi, ki doživijo izkušnjo mentalne motnje, da so v svojem stanju s podobo o možnosti. Niso zaprti. Ne govorim med zidove norišnice, ampak tudi med zidove bolezni. Odpre se, se razširi, dezinstitutionalizacija se, iz mojega vidika, za ljudi, ki doživijo izkušnjo, kvalificira kot vrnitev možnosti. Se pravi možnosti, ki jih moramo zagotoviti nam vsem.*

#### Magda:

*Men je stanovanjska skupnost izrazito pozitivna, a ne. Prvič, men se zdi, da deluje tko na osnovi družine, ne, vsak član ma svoje zadolžitve, ki jih pač mora nardit in se lahk sproti pogovorimo o vsem, če koga kaj teži al pa karkoli, vedno mam na voljo nekoga za pogovor, tak da lah pokličemo, bodisi da tja pride, če te recimo, kaj res zlo muči, pa se lahk pogovoriš o tem, ali pa da ti svetujejo, kam naj greš po pomoč in kako in kaj. Je res izrazito pozitivna, proti bolnici, tudi proti odprtemu tipu, je to čist drugače. Maš eno določeno svojo svobodo, lahk si urediš tko stvari čez dan kkr se ti pač zdi, tiste svoje obveznosti morš pa izpolnat, to pa tudi, če bi bil recimo doma, morš to in to nardit, to je isto, ja. Včasih tudi v stanovanjski skupnosti, ko ma človek slab dan, pa nekdo drug pa nima, pa reče: »Saj bo, bo minal to, bo šlo naprej,« pa tak, ne, se malo spodbujamo drug drugega, da gre lažje naprej.*

Tudi Magda izpostavlja pomen svobode v stanovanjski skupini, poleg tega pa ceni razpoložljivost oseb za pogovor, česar primanjkuje v psihiatrični bolnišnici, kar izpostavljajo

vse intervjuvanke, recimo Izabela pravi: »Največ pogrešam pogovor, pa več svobode gibanja /.../. Pogrešam recimo pogovor s psihiatrom, večkrat, s psihologom sploh – teh pogovorov v bistvu sploh ni, ker se psihiatri bolj posvečajo obiskom, pisanjem, administraciji in temu, koker pa nam pacientom.« Ada pa pravi: »Tele delavke iz ŠENT-a, ki pridejo v stanovanjsko skupnost, so tiste, ki naj bi se jim povedalo, če je kej zlo hudo al pa če bi rade šle na pogovor k lečečemu psihiatru, sam, če prideš tja, te zagleda, pa ti sam še recepte napiše, te vpraša, če maš zdravila al jih nimaš, ni pogovora, pa tud zmanjšat zlepa noče.« Izabela je na vprašanje, ki je zadevalo zadovoljstvo z zdravljenjem v psihiatrični bolnišnici, odgovorila: »Ne, premal je pogovora, že prvič, k prideš noter na sprejem, bi se mogu nekdo s tabo pogovort, ne pa da samo svojce poslušajo, potem te pa odvlečejo gor v prvo nadstropje, te nafilajo z injekcijami in te pošljejo v postlo. Predvsem pogovora manjka.«

Irena prav tako izpostavlja pomanjkanje pogovora v psihiatrični bolnišnici:

*Js pač mislm, da dejansko je tuki (v PK Ljubljana) težko pomanjkanje psihologov, kliničnih psihologov in zdej je tud velik ljudi na Dunaju na univerzi Sigmunda Freuda dokončal ta študij psihoterapije, to tle manjka, tega tle ni, ker država tega noče financirat in dokler bo tko, bomo mi stalno nezadovoljni, to ti bo povedu vsak, ki se bo s tabo pogovarju, ki bolj pozna te stvari. /.../ Vsak oddelek bi rabu psihologa, da bi se ukvarjal individualno z ljudmi al pa v skupinah, tko pa vse pade na psihiatra, ki je pa pretežno bolj usmerjen v pisanje receptov in to pomanjkanje psihologov je rak rana te bolnice.*

Na vprašanje glede morebitnih sprememb v psihiatrični bolnišnici, oziroma katere službe ali oblike pomoči bi bolj ustrezale potrebam hospitaliziranih, je Cilka dejala: »To, da bi blo več pogovorov, dvogovora več, dialoga. Več problemov maš, več rabiš tega, čim manj problemov maš, tudi če rabiš, pa so tudi obremenjeni, si nekateri vzamejo čas za nekatere, drugi samo za ene, tretji za vse, četrti pa za malokoga.«

Ada je na vprašanje glede počutja v stanovanjski skupini v primerjavi s počutjem v psihiatrični bolnišnici povedala naslednje:

*Mal boljš se počutim v stanovanjski skupini, bolj všeč mi je to, da se pač moram mal bl sama znajdt kaj pa kako, pa sami si kuhamo, sami nabavlamo, greš lah kadar češ,*

*kamor češ. Za prvomajske praznike pa vlko noč sem bla spet hospitalizirana 15 dni in v tem času se mi je kr odmaknu tist moj cilj zaživet samostojno življenje, se še zdaj nism pobrala od tistga, skos me to grize. V stanovanjski skupini je blo z začetka bolj zanimivo, bolj všeč, zdej sem se pa tud teh stanovanjskih skupin že kr mal naveličala, ker se kar naprej neki selmo, pa neki se spreminja. Prva stanovanjska skupina je bla na (določeni) ulici, tisto hišo so pol prodali al oddali, ne vem, v glavnem pogodba je potekla, pa še pred tem so mene od tam poslali v drugo stanovanjsko skupnost, kjer je blo mal več kontrole, pa še to je blo, da sem se v drugi stanovanjski skupini na cimro zlo navezala, pa je pol umrla, še vedno neznane smrti, na hitro, in me je to zlo prizadelo. Ta druga stanovanjska skupnost, kamor sem šla pa pol, smo pa ostali vsi, sem pa tja se je kkšn zamenju, en avtist je bil zlo težek, so ga poslali nazaj v Maribor, ker je bil iz Maribora, pol en glasbenik je bil tud težek, cele noči bedel, pol podneu tm spal do ne vem kdaj.*

Magda, Miha in Ada izpostavljajo boljše počutje v stanovanjski skupini v primerjavi z bivanjem v psihiatrični bolnišnici. Vsak od njih poudarja pomen svobode v stanovanjski skupini, in sicer svobode v smislu prostega gibanja, kjer svoboda posameznika in posameznice ni odmerjena oziroma odvisna od odločitve psihiatra ali psihiatrinje, pa tudi svobode v smislu avtonomnega odločanja glede preživljanja časa. Kot pravi Magda: »*Maš eno določeno svojo svobodo, lahk si urediš tko stvari čez dan kkr se ti pač zdi /.../*« ali Ada: »*Greš lah kadar češ, kamor češ*« za razliko od psihiatrične bolnišnice, kjer vse poteka po zastavljenem urniku. Kritika zapiranja in prisile spada med osnovna načela dezinstitutionalizacije, in sicer zaradi obsojanja odvzema dostojanstva osebam ter kršenja osnovnega etičnega imperativa svobode (Flaker 2015). Zadnja hospitalizacija v psihiatrični bolnišnici je Ado oddaljila od njenega cilja: samostojnega življenja. Ada je omenila tudi pomen samostojnosti (kuhanje, nabava dobrin) tekom bivanja v stanovanjski skupini v primerjavi z bivanjem v psihiatrični bolnišnici, omenja pa določene problematike v zvezi s sostanovalci ter selitvijo v druge stanovanjske skupine.

Ciril:

*Opisal sem vam takratni sistem, je bla pa žal strašna pomanjkljivost, mel si Poljanski nasip, zunaj pa nobenga, lah si jokat hodu h kašnim dohtarjem, drgač pa ni blo nobene organizacije, nobenga društva, ta velika revolucija je pa glih Flaker, pa Kovačkova,*

*zdej na ministrstvu, ne, je bil pa direktor ŠENT-a, pokojni Sedmak od Altre, to so pa res tam v začetku devetdesetih revolucijo nrdili, da so tisti zid, nevidni, tok dobesedno zrušili, da je postalo torej odprto, no, odprt družbeni sistem. Maš stvari, na katere se lah obrneš, zdej so pa drugi problemi, kaj je problem teh nevladnikov? Sam javkajo, pa sam dnar bi skos meli, kaj pa nrdijo? Ne sledijo potrebam, pa še nekaj je, kaj sem js ugotovil v tem obdobju, kar sem tle na ŠENT-u? Prepričan sem, da bo treba it tud na neke stare oblike, konc bo treba s to pretirano permisivnostjo.*

Ciril pozitivno dojema današnjo razpoložljivost služb in organizacij s področja duševnega zdravja za razliko od sedemdesetih let, ko so se mu začele pojavljati težave v duševnem zdravju in niso bili vzpostavljeni mehanizmi diferencirane pomoči osebam z motnjo v duševnem zdravju. Med problematike nevladnih organizacij v Sloveniji pa prišteva neupoštevanje potreb uporabnikov in uporabnic storitev v skupnosti. Flaker (2015) v indeks potreb oseb z motnjo v duševnem zdravju prišteva: njihovo razbremenitev, varnost; možnost pridobitve nepremičnine za bivanje; dostop do opravljanja dela ter plačila za delo; pomen vsakdanjega življenja (dnevne dejavnosti, gospodinjstvo, prosti čas, opravki); pomen stikov in družabnosti ter neumeščenosti in pripadnosti. Flaker (2015) uvršča dimenzijo odgovorov na potrebe in stiske ljudi med temeljne dimenzije modela dezinstitucionalizacije, pri čemer pa v primeru stanovanjskih skupin navaja preveliko obsežnost in nepretočnost le-teh.

Ciril o relaciji psihiatrična bolnišnica – stanovanjska skupina pravi naslednje:

*Večina (stanovalcev v stanovanjskih skupinah) so vsi na relaciji Polje pa stanovanjska, skratka bolnica pa spet zunanje okolje, preprosto zato, ker en velik problem, ki je nastal v zadnjih dveh, treh desetletjih, je namreč ta, da se je zlo uveljavlo to, zdaj bom spet eno strokovno skovanko uporabu, sindrom vrtečih se vrat. Problem je v tem, da je psihiatrična medicina nezmožna, nesposobna, tu so objektivni razlogi, ne da direkt pljuvam, ne mislim to, nezmožna je namreč zdraviti duševne bolezni, duševne motnje in se to ponavla. Ena stvar je narava motenj oziroma bolezni, ki sploh ni definirana, to ni točno, vzrok ni znan, na primer vzamemo shizofrenijo, problematično je pa ratalo v sodobnosti predvsem zato, ker je žal, to bom ostro poudaru, žal, medicina našla rešitev v najbolj enostavnem, najbolj priročnem sredstvu, v psihofarmakih, ki so sicer zelo učinkovito sredstvo za zbijanje zlasti psihotičnih stanj, ker pa vzrok ni odpravljen, ker seveda je pa člouk pol poln negotovosti, te stiske se mu pojavijo tudi pol, ko je klinično*

že zazdravljen, ker to je tudi zanimivo, oni ne uporabljajo ozdravljen, ampak zazdravljen.

## 9 ETNOGRAFSKA RAZISKAVA in INTERVJUJI V PSIHIATRIČNI KLINIKI LJUBLJANA

Študija primera temelji na etnografskem raziskovanju, ki je potekalo na območju PK Ljubljana, pretežno v neposredni okolici stavb, ki spadajo v kompleks PK Ljubljana (glej sliko 9.1), pa tudi v samih prostorih bolnišnice.

Slika 9.1: Kompleks PK Ljubljana



Vir: Psihiatrična klinika Ljubljana.

Poleg tega so bili opravljeni poglobljeni intervjuji biografske narave z osebami, ki so bile v času mojega raziskovanja hospitalizirane v *PK Ljubljana*. Vsem sodelujočim v raziskavi, ki so bili v času mojega raziskovanja hospitalizirani v *PK Ljubljana*, je zagotovljena anonimnost. Zaradi senzibilnosti področja raziskovanja je bilo ključnega pomena tudi vzpostavljanje zaupanja med mano v vlogi raziskovalke ter intervjuvanci in intervjuvankami oziroma vsemi sodelujočimi v raziskavi. »Vprašanje zaupanja se postavi že ob vstopu na teren in o(ne)mogoča dogovor za intervju. Izkušnje kažejo na pomembnost osebnega stika in priporočil tretjih oseb, ki intervjuvancu lahko zagotovijo, da je intervjuvar vreden zaupanja in da spoštuje etična načela« (Pajnik in Bajt 2009, 82). Vlogo »tretje« osebe je v primeru mojega raziskovanja prevzela intervjuvanka Irena, ki je informacije o mojem delu posredovala tudi drugim hospitaliziranim v psihiatrični bolnišnici ter na ta način pripomogla k razširjanju mreže zainteresiranih za moje raziskovanje. Vzpostavljanje in ohranjanje zaupanja med mano ter intervjuvankami in intervjuvanci je predstavljalo predpogoj za opravljanje raziskovanja in izvedbo intervjujev, pri čemer je bilo potrebno posvetiti pozornost tudi doseganju sproščene vzdušja tekom samega raziskovanja ter izvedbe intervjujev. Intervjuvanje ni bilo izvedeno na dan prvega srečanja z intervjuvancem oziroma intervjuvanko, ampak tekom naslednjih srečanj. Izjemo omenjenega *modus operandi* tu predstavlja intervjuvanec Domen, ki je, ob moji predstavitvi namena raziskovanja, samoiniciativno predlagal takojšnjo izvedbo intervjuja, torej na dan najinega prvega srečanja.

Časovni okvir raziskovanja vključuje obdobje med 19. septembrom 2014 ter 27. oktobrom 2014. Glede na trajanje raziskovanja je mogoče sklepati, da je tudi preverljivost pričevanj večja, vendar pa to ne drži v vseh primerih, saj ni mogoče preveriti vseh pričevanj. Za termin srečanja smo se z zainteresiranimi dogovarjali sproti ob koncu vsakega srečanja, ki so vedno potekala popoldne zaradi strukturiranega urnika hospitaliziranih, kajti vizita, delavnice ter ostale aktivnosti v večini potekajo do časa kosila, se pa določene delavnice odvijajo tudi v popoldanskem času. Srečanja so v večini potekala zunaj prostorov bolnišnice, običajno je bil prvi kraj snidenja polzaprt prostor, kjer je postavljena miza za namizni tenis, velikokrat pa je opazovanje z udeležbo potekalo tudi na klopih za Enoto za prolongirano terapijo (glej Sliko 9.1) ter pred ali v okrepčevalnici oziroma, kot jo večina »poznavalcev« imenuje, brunarici v neposredni bližini bolnišnice. Tekom etnografskega raziskovanja sem spoznala številne hospitalizirane v *PK Ljubljana*, nekatere obiskovalce in obiskovalke ter posameznike in posameznice, ki prihajajo na kontrolne preglede k lečečemu psihiatru oziroma psihiatrinji v *PK Ljubljana*.



Po ovirah v zvezi s pridobitvijo uradnega dovoljenja s strani vodstev psihiatričnih bolnišnic za vstop v le-te, se je etnografsko raziskovanje odvijalo na drugačen način kot je bilo sprva načrtovano, saj je zavrnitev moje prošnje za raziskovanje s strani vodstev vseh psihiatričnih bolnišnic v Sloveniji vplivala na spremembo prvotnega plana raziskovanja. Prvi dan raziskovanja, 19. september 2014, se je začel z mojim prihodom na področje *PK Ljubljana*, bolj poznane pod imenom *Psihiatrična bolnišnica Polje*, ki je prva bolnišnica za osebe z motnjo v duševnem zdravju pri nas. Postavljena je na obrobje mesta, obkrožena s polji in fužinskim gradom, do leta 1970 pa jo je obdajalo obzidje. Podrtje tega je takrat simboliziralo konec »velikega zapiranja«. »Tudi danes je *Psihiatrična klinika Ljubljana* prostor stigme *par excellence*, deloma zaradi ljudi, ki prihajajo vanj, in deloma zaradi statusa, ki ga je pridobila v zgodovini« (Zaviršek 1994c, 99). Čeprav je antropološka raziskava, ki jo je opravila Darja Zaviršek, potekala na enem od ženskih oddelkov v takratni *Psihiatrični kliniki Polje* v letih 1992 in 1993, lahko tudi danes še vedno govorimo o stigmati, ki jo nosi ta ustanova, osebje v njej, ljudje, ki so bili ali so tu hospitalizirani, ter vsi, ki so kakorkoli povezani z njo.

Na prvi dan raziskovanja je bila za prvo postojanko, kjer bi se lahko pričelo navezovanje stikov s hospitaliziranimi v *PK Ljubljana*, izbrana tamkajšnja okrepčevalnica. Dogajanje v okrepčevalnici se je vrtelo okrog moškega srednjih let, ki je v družbi prijatelja prek prenosnega predvajalnika predvajal dve pesmi, in sicer Wernerjevo *Meni si sojena* ter pesem Dina Merlina & Željka Joksimovića z naslovom *Supermen*. Omenjenega moškega sem v nadaljevanju raziskovanja večkrat srečala – bodisi v okrepčevalnici bodisi pred eno izmed stavb bolnišnice. Glasbeni uverturi je sledil prvi pogovor, kateremu sem bila priča v okrepčevalnici, ko je mladenka v telefonskem pogovoru razlagala: »*Telefon sem mela v sefu, vzel so mi ga, na zaprtem oddelku ne morš met telefona.*« Iz okrepčevalnice sem se podala pred tako imenovano Enoto za prolongirano terapijo (glej Sliko 9.1), kjer je na klopi sedela starejša ženska, ki sem jo poimenovala Izabela. Kmalu po mojem prihodu se nama je pridružil moški srednjih let, ki ga bom poimenovala Miralem. Ta je prisedel z burekom v rokah, zaželela sem mu dober tek, nakar mi je ponudil svoj burek in tako se je začel prvi pogovor. Razpravi o kulinarčnih dobrotah Balkana in mostarskem mostu je sledila pripoved Miralema, migrantskega delavca, ki prihaja iz Tuzle in je v Slovenijo prišel leta 2005. Z Izabelo sva prisluhnila zgodbi Miralema, po poklicu rudarja, ki je bil zaposlen v rudniku v Tuzli, po vojni v Bosni in Hercegovini pa mu je družina, še posebej žena, svetovala odhod v Slovenijo zaradi tukajšnjih večjih zaposlitvenih možnosti. Ob vprašanju, katera dela je opravljal v Sloveniji, je odvrnil: »*Kaj nisem (delal).*« Delodajalec, pri katerem je bil zaposlen v Sloveniji, mu je dolžan skoraj 11.000 evrov, pri čemer pove:

*Ostal sem brez vsega, potem sem prišel sem (v PK Ljubljana). Nisem imel nobenih duševnih težav, samo imel sem socialno stisko, nisem imel kje spati. Evropska unija kot najvišja oblika urejenosti človekovih pravic v svetu kot npr. Kanada, Amerika, Skandinavija, in da to doživim v Evropski uniji. Mi (Bosanci) smo široke duše, ne gledamo vse skozi materialno, na Zahodu se gleda vse skozi to.*

Miralemov cilj izterjanja dolga od nekdanjega delodajalca mu preprečuje povratek v Tuzlo. V času mojega raziskovanja ni bil hospitaliziran v *PK Ljubljana*, ampak je prišel na posvet k lečečemu psihiatru. Na sosednji klopi se nam je kasneje pridružila ženska, ki je poskušala odpreti zapakirane rogljičke, kar ji ni uspelo, nakar se je, za pomoč pri odpiranju, obrnila na Miralema, ki ji, ne glede na njeno slinjenje po embalaži, ni odrekel pomoči. Tekom pogovora je Izabela povedala, da pogrša svojega pokojnega moža, ob tem pa ji je Miralem svetoval: »*Pa saj bo, morate it naprej.*« Miralem in Izabela se pred našim pogovorom nista poznala, a sta si izkazovala medsebojno solidarnost, ki se izkristalizira tudi v motiviranju sogovornika oziroma sogovornice ter v dajanju benevolentnih nasvetov. Na neki način poteka terapevtska skupina tudi izven bolnišnice, saj si hospitalizirani ob izpostavitvi svojih raznovrstnih stisk izražajo podporo in se med seboj nagovarjajo k premagovanju specifičnih ovir oziroma problematik. Med hospitalizacijo v psihiatrični bolnišnici se spletejo tudi prijateljstva, kar je bilo mogoče opaziti tudi pri Ireni in Boštjanu. Med našim pogovorom je Boštjan srečal prijateljico, ki jo je spoznal v bolnišnici, in jo objel, kasneje pa je povedal, da se občasno pokličeta tudi izven bolnišnice ter dodal, da je običajno »*objemal flaše, ne punc.*«

Vsak posameznik ali posameznica se lahko pridruži intimnim pogovorom in se tako seznanjajo z osebnimi zgodbami sodelujočih v pogovoru, pri čemer nekateri le poslušajo, drugi pa aktivno sodelujejo. Ena izmed značilnosti, ki loči komuniciranje pred psihiatrično bolnišnico od komuniciranja pred ostalimi, na primer splošnimi ali drugimi bolnišnicami, predstavlja prav odkritost oziroma pripravljenost za pripovedovanje osebnih zgodb brez predhodnega poznavanja ostalih sodelujočih v pogovoru.

Z Miralemom in Ireno smo se večkrat zbrali pri mizi za namizni tenis, kjer se je ob kavi običajno začela igra namiznega tenisa. Malo pred petnajsto uro so se hospitalizirani običajno odpravili na oddelek, kjer so bili hospitalizirani, saj so tam dobili malico in zdravila, in so se nam potem zopet pridružili. Neko popoldne je pogovor stekel v smeri intervjuvanja hospitaliziranih in ostalih v *PK Ljubljana*. Miralem ni bil zainteresiran za intervju zaradi svoje bojzani pred vodstvom *PK Ljubljana*, še posebej pred psihiatrom, ki mu je običajno pisal zdravniško mnenje, na podlagi katerega je lahko podaljševal svoje bivanje v Sloveniji ter tako

nadaljeval postopek izterjave dolga od delodajalca. Zbal se je, da bi za najin intervju izvedelo vodstvo in s tem tudi omenjeni psihiater ter bi tako posledično izgubil možnost za podaljšanje dovoljenja za prebivanje v Sloveniji.

Tekom mojega prvega obiska *PK Ljubljana* se je oblikovala skupina šestih, na trenutke tudi desetih hospitaliziranih, in skoraj vsi izmed teh so sodelovali v skupnem pogovoru, nekateri pa so le prisluhnili pogovoru ter z očesnim kontaktom in nasmeški nakazovali vključenost v skupino. Na prvi dan etnografskega raziskovanja se je pogovoru pred Enoto za prolongirano terapijo pridružila tudi Irena, ki je povedala, da je opravila vse obveznosti na magistrskem študiju psihologije ter napisala že dobršen del magistrske naloge. Irena je opisovala cikličnost svojega življenja v zadnjih štirinajstih letih, katerega zaznamuje relacija psihiatrična bolnišnica – dom, kar kaže na tako imenovani sindrom »vrtečih se vrat«. Kljub temu pa je izrazila željo po uspešnem zaključku magistrskega študija. Ana je kot osebni cilj navedla pisanje lastne drame, Boštjan spremembo dozrajšnjega načina življenja in ustvarjanje družine, Peter pa si želi zaposlitve, kar kaže na razliko v primerjavi s Flakerjevo (1998, 7) trditvijo, da hospitalizirani v psihiatrični bolnišnici »ne morejo gojiti nobenih osebnih želja, načrtov, upov.« Je pa realizacija teh osebnih načrtov pogosto otežena ali onemogočena zaradi ponavljajočih se hospitalizacij in posledic tega.

Irena je bila zaposlena na osnovni šoli kot psihologinja, po njenem pričevanju pa so nekateri izmed njenih varovancev tekom študija dosegli velike uspehe, in sicer zmagali na mednarodnem tekmovanju iz kemije in biologije. Kot je povedala Irena so nekateri izmed njih končali doktorski študij, tudi če so imeli določene psihične težave ali so bili bolj introvertirani. Ko je vodstvo osnovne šole izvedelo za njeno hospitalizacijo v psihiatrični bolnišnici, je bila odpuščena. V *PK Ljubljana* je bila tokrat sprejeta tekom poletja 2014. V času mojega raziskovalnega dela v *PK Ljubljana* je večkrat odšla »na vikend«, kar v diskurzu psihiatrije pomeni, da je bila za čas vikenda začasno odpuščena domov. Na podlagi njene samoiniciativne pobude se je spremljanje njenega primera odvijalo skozi celotno obdobje raziskovanja, saj mi je že ob najinem prvem srečanju posredovala svojo telefonsko številko mobilnega telefona ter izrazila pripravljenost za sodelovanje pri nadaljnjih srečanjih.

V času raziskovanja v *PK Ljubljana* sem pogosto prisostvovala pri diskurzu o dveh nepogrešljivih stvareh za hospitalizirane, in sicer mobilnem telefonu ter cigaretah. Tako kot je bilo že omenjeno v argumentaciji odgovorov na raziskovalna vprašanja so hospitalizirani dostop do cigaret in mobilnega telefona »zunaj« dojemali kot samoumeven, tekom hospitalizacije v psihiatrični bolnišnici pa so tovrstne samoumevnosti po pravilih bolnišnice obravnavane kot nagrade ali privilegiji (Goffman 1991, 51). Izabela je problematiko kadilnic

postavila ob bok ostalim bistvenim problematikam v *PK Ljubljana*, kar kaže na njeno visoko vrednotenje pomembnosti kadilnice. Povedala je:

*Največ pogrešam pogovor, pa več svobode gibanja, recimo na sprejemnem smo mel tko, da smo si delil en balkon za kajenje s kriminalci in so oni mel prednost pred nami, oni so bli prvi na vrsti za kajenje. Zakon obstaja, da mormo imet, da imamo psihiatrični bolniki pravico do kadilnice, kadilnic pa ni, nas preganjajo iz vseh virov, sploh kadar dežuje al pa je slabo vreme nimamo km it kadit oziroma tuki gor je ena taka kadilnica, sej letos nisem bla še v njej, če je ista, je grozna, ne, en prostor zadimljen, nikakršen, se ne morš niti usest, niti nč, ne. Pogrešam en normalen prostor za kajenje kukr majo v sprejemni, gor na griču, js pravm, ne, da greš lahko kdrkoli notr, da te noben ne preganja, da lahko sediš al pa stojiš in kadiš, pa maš mir, tega tukej ni.*

Po opravljenem intervjuju je Izabela dodatno poudarila: *»Najbolj pogrešam primeren prostor za kadilnico, ne da je ta v pralnici oziroma kopalnici. Prej je bila kadilnica v kopalnici in odprto okno, mokre lase, pa si se prehladil, pa ti še Lekadola niso dali. Zdej je pa kadilnica v pralnici, pa vlaga ...«* Vsi hospitalizirani, s katerimi sem se srečala tekom raziskovanja, so kadilci oziroma kadilke, z izjemo Miralema. Nekateri so kot razlog za kajenje izpostavili fatalistično percepcijo v smislu: *»Ostane mi samo še to.«* Drugim predstavlja kajenje bodisi uteho, sredstvo za pomirjanje bodisi kombinacijo različnih dejavnikov. Tekom raziskovanja je bilo mogoče pogosto opaziti ljudi, ki pristopijo do skupine ali posameznika oziroma posameznice in prosijo za cigareto, vžigalnik, nekateri tudi za drobiž. Goffman (1991, 52) o tem pravi, da zaskrbljenost varovancev in varovank v zvezi z dostopom do tako imenovanih privilegijev včasih vodi do velikodušnega razdeljevanja dobrin, a skoraj vedno pripelje do prosjačenja za določene dobrine, kot so cigareti, kava, sladkarije, ki v psihiatrični bolnišnici postanejo privilegiji.

Prenekatera razprava se je spletla tudi okrog pomena mobilnega telefona tekom hospitalizacije v psihiatrični bolnišnici. Pred oddelkom sva z Ireno srečali Roberta, ki je sedel na stopnicah pred vhodom v stavbo Enote za prolongirano terapijo. Na vprašanje: *»Kako gre?«* je Robert odgovoril: *»Enkratno.«* kljub nekoliko slabšem razpoloženju v primerjavi s prvim snidenjem. Zatem pa doda: *»Vsak dan boljš, sam terapijo (količino zdravil) morjo še zmanjšat. Grem na vikend, pol bom pa kmal odpuščen. Jutr po kosilu grem, pol se pa vrnem v nedeljo, če bo vse prou. Pol mam svojo psihiatrinjo in zdravnico, da mi ne bo treba več sem hodt, to tle bom kar pozabu.«* V pogovor se vključi tudi Irena in ga vpraša: *»Zakaj si tko*

*zaskrbljen? A zaradi računalnika? Dej tej gospodični pokaži računalnik, ona je deklica za vse, veš.» Robert je na prvi dan mojega raziskovanja kupil telefon in me povprašal za pomoč pri njegovi uporabi, nakar sem ga seznanila s ključnimi nastavitvami, zato je Ireni odvrnil: »Ne računalnik, telefon! Sej mi je že zanč rihkala.« Ob mojem vprašanju, s čim ima težave pri uporabi telefona, je dejal: »Ma bolj bukov sem po domače,« s čimer je sprožil smeh prisotnih. Poleg pomoči v zvezi z rabo telefona je bilo v splošnem veliko primerov iskanja pomoči za različne zadeve, na primer Miralem mi je prinesel v vpogled dokumentacijo svojega nekdanjega delodajalca v zvezi z izterjavo dolga, pri čemer sem mu omenila možnost pridobitve brezplačne pravne pomoči. Neko popoldne sva se skupaj odpravila do papirnice in izpolnila vlogo za dodelitev brezplačne pravne pomoči. Irena je potrebovala nasvete v zvezi z določenimi spletnimi stranmi, kar sva običajno urejali na odprtem moškem oddelku, kjer je Irena pogosto uporabljala računalnik. Iz omenjenih primerov gre sklepati o pomanjkanju določenih storitev v psihiatrični bolnišnici, pa bi bila njihova vzpostavitev potrebna, če že obstajajo psihiatrične bolnišnice. Z omogočanjem dostopa do tovrstnih storitev bi lahko odgovorili na nekatere potrebe hospitaliziranih, ki zadevajo uporabo informacijskih in komunikacijskih tehnologij, pravno pomoč in tako dalje. Najverjetneje pa obstoj pravne službe za pomoč hospitaliziranim v PK Ljubljana ne bi bil ravno v interesu vodstva bolnišnice zaradi pritožb o prisilni hospitalizaciji, terminu odpustitve iz bolnišnice, razmerah tekom hospitalizacije ter ostalih nepravilnosti, s katerimi se soočajo hospitalizirani. Trenutno je, po pričevanju intervjuvancev in intervjuvank, mogoča pritožba hospitaliziranih pri predstojniku/-ci v primeru kršitve pacientovih pravic, vendar Irena pove: »Včasih se je obravnavalo (pritožbe), ko je bila Švabova predstojnica, potem pa ne več. Jaz sem se tudi pritožla, ampak te pritožbe so samo na papirju.«*

V času enega mojih obiskov PK Ljubljana smo se skupaj z Ireno in Izabelo odpravile v tako imenovano brunarico, kjer mi Izabela zaupa svoje poglede na določene problematike glede psihiatrične bolnišnice, Irena pa jo medtem spodbuja: »Kar povejte, kaj se dogaja, vi imate tudi veliko zgodb za povedat.« Izabela razlaga, da je vednjeje osebja ob prisotnosti svojcev deležno očitnih sprememb, saj pravi: »Ko grejo (svojci) domov, te pa že cukajo.« Nadzor nad zakulisjem dogajanja predstavlja pomembno vlogo znotraj procesa »nadzora nad delom«, pri katerem namera akterjev vključuje zaščito pred determinističnimi zahtevami, ki jih obdajajo. Gre pa izpostaviti tudi to, da se problematike v zvezi z nadzorom zakulisja pojavljajo v vseh družbenih ustanovah, ne le v psihiatričnih bolnišnicah, oziroma bi bilo težko najti družbeno ustanovo, kjer se tovrstne problematike ne bi pojavile (Goffman 2014, 136).

Goffman (2014, 129) pravi:

Če želi osebje v PB dati tistim, ki obiščejo svoje hospitalizirane sorodnike [sorodnice – op. a.] dober vtis o bolnišnici, je pomembno, da se obiskovalcem [obiskovalkam – op. a.] prepove vstop na oddelke, zlasti na tiste za kronične paciente [pacientke – op. a.], in da se njihova navzočnost omeji na posebne prostore za obiske, ki jih je pametno tudi lepo opremiti in poskrbeti, da so vsi navzoči pacienti [pacientke – op. a.] lepo oblečeni [oblečene – op. a.], umiti [umite – op. a.], da se z njimi lepo ravna in, da se sami [same – op. a.] vedejo razmeroma lepo.

Tudi izjava Izabele tekom pogovora pred okrepitevalnico je pomenljiva: »*Poglej, kako so lepe fasade, notr pa vse pokvarjeno, niti pipe ne delajo. Najboljša stvar te bolnce je brunarca* (smeh).«

V času opravljanja raziskave v *PK Ljubljana* je bilo mogoče pri hospitaliziranih opaziti, da se znotraj stavb psihiatrične bolnišnice vedejo nekoliko drugače, tudi če osebje ni prisotno (Flaker 1998), kar kaže na obstoj normiranih vzorcev vedenja na določenem kraju. To Wright in Barker (v Goffman 2014, 121) poimenujeta »vedenjsko okolje«, pri čemer so pričakovanja glede obnašanja povezana s specifičnimi prostori. Znotraj stavb psihiatrične bolnišnice so bili hospitalizirani nekoliko bolj zadržani, pogovor je tekel bolj o splošnih stvareh in do bolj zaupnega pogovora ni prišlo, saj niso želeli veliko govoriti ali pa so bili v stanju selektivne filtracije pripovedi za razliko od njihovega vedenja zunaj stavb psihiatrične bolnišnice, ko so komunicirali brez zadržkov. A kljub temu da so bili zunaj stavb bolnišnice, so začeli tiše govoriti, ko se je mimo nas sprehodil psihiater/-inja, psiholog/-inja, sestre ali tehniki. Na hierarhičnost odnosov med osebjem in hospitaliziranimi kaže tudi naslednji primer. Ob igranju namiznega tenisa pred eno izmed stavb *PK Ljubljana* so hospitalizirani opazili, da se je zdravniško osebje preselilo za eno izmed miz pred stavbo. Ob tem je pogovor zastal, zašepetali so: »*Glej, tam so dohtarji*« ali pa »*Tista je psihologinja*«. Zgovorno je bilo tudi dejstvo, da me je Robert, večer pred najinim načrtovanim snidenjem, ko sva bila dogovorjena, da mu vse telefonske številke iz beležk vpišem v imenik telefona, poklical in vprašal: »*Se lahko v ponedeljek dobimo kje drugje? Ne pred oddelkom, tam so zdravniki, ker pol kadijo, so na kavici in se pogovarjajo, kdo je za domov in kdo ni, in bi se raj kje drugje dobil.*«

Ob prisotnosti osebja znotraj ali zunaj stavbe psihiatrične bolnišnice se je torej pri hospitaliziranih pokazala določena sprememba vedenja, in sicer delovati so začeli po principu samocenzure. Pomenljiva je bila tudi izjava Domna, ki je po koncu intervjuja, katerega sva opravila zunaj, za eno izmed stavb *PK Ljubljana*, povedal: »*Sigurno ti ne bi povedal, da kadim travo, če bi bla sestra zraven.*« Flaker (1998, 7) pravi, da med značilnosti tovrstnih

ustanov spada tudi dominacija osebja nad hospitaliziranimi oziroma velika odvisnost le-teh od osebja, ki vedno presega stopnjo odvisnosti, ki je lahko posledica bolezni oziroma stiske različnih vrst. Dominacijo osebja nad hospitaliziranimi so eksperimentalno dokazali Haney, Banks in Zimbardo.

Tekom enega izmed pogovorov z Ireno je ta, ko je zagledala enega izmed psihiatrov, prišepnila: »*Ta dohtar je spolno zlorablju. Grozne zgodbe.*« Neko popoldne sva z Ireno čakali na ostale, da se nama pridružijo, ta čas pa mi je pripovedovala o nekem posilstvu, ki se je pred leti zgodilo v *PK Ljubljana*. Nakar se nama je pridružila mlajša ženska, ki je bila v času mojega raziskovanja prav tako hospitalizirana v *PK Ljubljana*, in je pripomnila, da se je podobno zgodilo tudi njej, in sicer spolna zloraba s strani psihiatra, ko je imela 22 let. S to razliko, da se njej to ni zgodilo tekom hospitalizacije v psihiatrični bolnišnici, ampak v času ambulantnega zdravljenja pri nekem psihiatru.

Nadzor nad okoljem predstavlja v primeru družbene interakcije prednost, saj v ožjem smislu omogoči zdravniku/-ci ali tudi ekipi zdravnikov/-c vpeljavo strateških sredstev za označevanje informacij, ki jih je »občinstvo« sposobno pridobiti (Goffman 2014, 108), posledično se pacientom/-kam, svojcem, raziskovalcem/-kam nemalokrat zaradi parcialnih interesov, prikrivanja morebitnih napak odstira pogled na nekatere zadeve, ki bi bile zanje relevantne, kar kaže na zdravniški nadzor okolja, v katerem delujejo. V skladu s projiciranjem idealiziranih standardov s strani zdravnika/-ce mora dejanja, dejstva, razloge, ki ne pričajo o inkorporaciji tovrstnih standardov oziroma ki niso združljivi z idealizirano verzijo njegovega/njenega sebstva, opustiti ali prikriti (Goffman 2014, 53), saj bi razkritje napak omogočilo oblikovanje diferenciranega uvida v akterja od želenega. V 18. stoletju je na primer tako imenovani špital postal učna baza za zdravnike pripravnike, kjer so napake zaradi onemogočene pravice pacientov in pacientk do pritožbe lahko ostale skrite za zidovi ustanov (Flaker 1998, 85). Na ta način se ohranja vtis nezmotljivosti, ki je tako pomemben za številne raznovrstne predstavitve, ne le na področju medicine. V širšem smislu pa nadzor nad okoljem generira občutek varnosti za nadzorujočo ekipo. Na ta način lahko zdravnik/-ca uspešno projicira določeno definicijo situacije ter vpliva na njeno sprejemanje, za kar si prizadevajo vsi zdravniki/-ce oziroma akterji v splošnem. Ohranjanje ene skupne definicije situacije velja za enega izmed esencialnih okvirjev, znotraj katerih poteka sodelovanje zdravnikov in zdravnic, kjer ni v ospredju resnično soglasje glede dogajanja, temveč gre za strinjanje glede začasnega spoštovanja določenih pogledov nekaterih oseb. Običajno smo ob javni ali zasebni izpostavitvi določenega primera zdravniške obravnave priča unifikaciji nastopa zdravniške stroke, kar omogoča tudi interna uskladitev njihovih interesov glede določene zadeve ter

soglasje glede izogibanja nasprotujočim si definicijam situacije (Goffman 2014, 18), kar je vidno tudi pri argumentaciji prikrivanja zdravniških napak s strani zdravnikov in zdravnic, ki generalno gledano delujejo v skladu s splošno uveljavljenimi načeli retorike medicine.

Irena je predstavila problematičnost obravnave motenj v duševnem zdravju v Sloveniji, glede česar je navedla tudi mnenje enega psihiatra:

*Js bom mogla bit še cel vikend tle, k ne smem domov, k to se zde rešuje, ne, kriminalista sem dobila, ne. Dobesedno izslilla sem od policije, da se je začela z mano ukvarjat. Očetu bi se še dal pomagat tkrat, ne, če bi stvar resno vzel, ne pa da smo mel zdravnico, k je bla morfinistka, to je bla pa Marinka Jakopič, hčerka od Riharda Jakopiča, al vnukinja zlo znanga slikarja. Cela generacija je šla. Hudo je, res je hudo. Zlo hudo je, da cela družina pol propade zaradi tega, in sploh nisem edini tak primer, js sem se s tremi mladimi ljudmi pogovarjala, enmu so očeta uničl, je on not pristal, eni so mamo. Še ko je bla v vrtcu, jo je hodila obiskovat in pol je punca v Višnji gori (vzgojno-izobraževalni zavod Višnja Gora) pristala, isti primer k js. /.../ Ko sta se starša med sabo kregala, sta pol mene not poslala, še kot študentko, takrat nisem razumela, zakaj, danes to drugače gledam. /.../ Ena tud, je mama elektrošoke dobivala, k je preveč jokala, k se je ločila, punca isto zafurana, a ne. Js sm to zdravniku povedala, je reku: »Je tak sistem.« Sem rekla, pa dobr, če je tak sistem, če sistem ne funkcionira, kaj bomo s takim sistemom? Je reku: »Ja, sej vidte, kje živimo.« Sam on ne bo šel tvegat, sej ste vidl, kaj se je s Švabovo zgodil (psihiatrinja Vesna Švab), odrezal so jo, ne.*

Iz tega izseka je mogoče razbrati zavedanje psihiatra glede alarmantnosti sistema zdravljenja motenj v duševnem zdravju v Sloveniji ter njegovo sklicevanje na ustaljen sistem delovanja.

Dell'Acqua (2014) je v intervjuju izpostavil signifikanten pogled na psihiatrijo v Sloveniji:

*Če bi jaz sedaj prišel v Ljubljano, lahko predvajamo film C'era una volta la città dei matti (v slovenščini Nekoč je bilo mesto norcev), naredimo javno predavanje s študenti, z državljani. Jaz bi doživel velik uspeh. Ljudje bi se spraševali, bi rekli: »O, moj bog...«, na ogled filma ne bi prišel niti en psihiater. Niti enega ne bi bilo, ki bi imel voljo, da bi me kritiziral, ker me ne bi bil niti sposoben kritizirati. Ker bi vedel, da se nahaja v drugem redu govora, ki ga ne bi mogel niti povezati z mojim. Ker bi mi v trenutku, ko bi nekaj povedal, bi se to nekaj, kar je povedal, takoj stopilo. Rekel bi: »Vi in vaša zdravila.« V trenutku, ko bi to rekel, bi jaz odvrnil: »Kaj govoriš?« In on bi to*



*vedel, a še vedno misli o tisti stvari. To je model, je psihiatrični model, paradigma, ki ima moč, ki ima moč redukcije in moč poenostavljanja.*

Intervjuvanec Ciril o odnosu psihiatrije v Sloveniji do strokovnjakov s tega področja iz tujine ter o uvajanju sistemskih sprememb zdravljenja motenj v duševnem zdravju v Sloveniji, za razliko od Italije in še posebej Trsta, kjer se je zaprtje tamkajšnje psihiatrične bolnišnice odvijalo leta 1980, pravi:

*Ameriškega psihiatra in psihologa Glasserja (William Glasser) sem na vaši fakulteti poslušal pred leti, je bil v Sloveniji in je mel v ta veliki predavalnci, ko je bil še živ, »Ali psihiatrija škoduje duševnemu zdravju?« Stari je bil res genialc, ma enga znanga slovenskega psihiatra nisem vidu, tu ljubljanske, ker mam kar pregled, enga ni blo, zanimivo, kako signifikatno. /.../ Še en preskok. Dr. Švabova, js sem njen fen, v nekem smislu je ona poštena, ona ve, za kaj gre, si prizadeva in tud uvaja ene pilotske projekte tako imenovane skupnostne psihiatrije in to je dobra zamisel, mukotrpnost si to zde utira pot, to je pa Slovenija zagamana, recimo v primerjavi z Italijo. Js sem bil en teden pri San Giovanniju na ekskurziji s FSD-jem, bil je mednarodni študentski kamp, tabor, dva sva bla, ena gospa, ki je delno uporabnica, delno zaposlena na FSD-ju, pa js, pa cel kup strokovnjakov.*

Ob mojem vprašanju glede priporočila psihiatrom in psihiatrinjam v Sloveniji je Dell'Acqua (2014) dejal: *»Tu lahko podam ironičen odgovor. Slovenski psihiatri študirajo v angleščini, gredo v Veliko Britanijo, nanašajo se na ameriške izkušnje, spopadajo se s potovanji več tisoč kilometrov, da vidijo tisto, kar že počnejo v Ljubljani. Torej je nasvet tak: pojdite v avto ali na kolo in nas pridite obiskati v Trst.«*

Dell'Acqua (2014) je v intervjuju obrazložil razloge za velike razlike v sistemih obravnave motenj v duševnem zdravju v Sloveniji in Italiji:

*Jaz mislim, da je res, da je od tu do Ljubljane 100 kilometrov in je povsem drugi svet, torej je odgovor, da se vrneva k letu 1961. V Sloveniji tako kot v Avstriji, v Avstriji tako kot v Švici, v Švici tako kot v Veliki Britaniji ali manj, tistega vprašanja o tem, kaj je psihiatrija, ni bilo. Tiste psihiatrije so se razmnoževale z modernizacijo, da so se olepšale, a so skratka ostale enake, osnove so ostale enake. Obstajajo poskusi*

*psihiatrije, ne antipsihiatrije, kritike psihiatrične situacije so redke, ker Basaglia ni antipsihiater, ampak dela na tem področju. V Italiji se je to zgodilo v Trstu, v Gorici, v tej regiji. In zaradi zakona, ker je potem prišlo do nacionalnega zakona, lahko rečemo, da se je to zgodilo po vsej Italiji. A razlike operativ, praks, obstajajo med Trstom in Vicenzo, med Trstom in Milanom, tudi če sistemi, kot lahko rečemo, poskušajo biti podobni in nekatere kulture poskušajo biti v osnovi podobne. Torej, zakaj obstaja ta razlika? Zato, ker v Sloveniji, kot tudi v večjem delu evropskih držav, še posebej v psihiatričnih krogih, ne v državi, ker ljudje mislijo tako, so psihiatri zavrnilo diskusijo o znanosti, s katero se ukvarjajo. Torej mirno naprej počnejo še vedno iste stvari.*

Že ob prvem stiku s hospitaliziranimi je bilo mogoče zaznati odprtost hospitaliziranih in njihovo pripravljenost za pogovor, kar je v navzkrižju z argumentacijo zavrnitve mojega raziskovanja s strani vodstva *PB Vojnik*, ki je bila predstavljena v opisu metodologije in vzorca. Glede razlogov za zaprtost psihiatričnih bolnišnic v Sloveniji in glede zavrnitve moje prošnje za vstop v psihiatrično bolnišnico s strani vodstev vseh psihiatričnih bolnišnic v Sloveniji je Dell'Acqua (2014) dejal:

*Če veš, da je v Sloveniji pet psihiatričnih bolnišnic, v Italiji pa ni niti ene, je že to razlika. Ti si jo pa odlično predstavila, telefonirala in pisala si na pet različnih krajev in so te zavrnilo. Sedaj pišem o 60. in 70. letih v Italiji. Obstajajo fotografi in novinarji, ki so želeli vstopiti v bolnišnice, a jim vstopa niso dovolili. To situacijo (v Sloveniji) si predstavljam kot tisto v 60. letih v Italiji. V Trstu ti ne bi bilo treba niti pozvoniti (za vstop v Centre za mentalno zdravje, Službo za psihiatrično diagnostiko in nego v splošni bolnišnici itd.)*

*Zapiranje nastane v zgodovini psihiatrije. In psihiatrija, psihiatrične institucije ustvarjajo drug svet, ustvarjajo dimenzijo, znotraj katere ljudje, kot sem prej omenil, izginejo. Ustvarjajo svet, kjer na neki način obstajajo pravila, ki, če jih soočimo z zunanjim svetom, so takoj videti kot sramotne. Psihiatri to vedo. In ko si enkrat noter, v teh krajih, z belo srajco, so zelo mirni, ko določajo tista pravila, tisto distanco, tisto negacijo, tisto poveljevanje. A dobro vedo, da vse to skozi oči tujca postane takoj sramotno in ti torej ne dovolijo vstopa. A to je že samo po sebi vrsta samoobtoževanja sramote, ki jo sami živijo. Jaz ne morem verjeti, da je psihiatr danes, leta 2014, ko priveže osebo na posteljo, prepričan, da je to prava stvar, ki jo mora narediti. Mislim,*

*da v sebi čuti sramoto in je to razlog, da ti ne dovoli vstopiti. Obstajajo še drugi razlogi, ki so še bolj, kako reči..., ki še bolj dokazujejo to lažno vest psihiatrije. Ker pravijo, da ti ne smeš vstopiti, ker tiste osebe, ki so tam, nimajo zmožnosti odločitve, ali te želijo videti ali ne oziroma ali želijo, da jih ti vidiš ali ne. Zato je psihiater, je institucija, ki odloča namesto njih. Torej jaz ti ne dovolim vstopa, ne dovolim fotografiranja, ne dovolim spraševanja, ker tiste osebe niso zmožne privoliti v tvoj vstop. In tudi tu je dovolj obrniti stvari. Psihiatri ne vprašajo za privolitev teh oseb, ko jim delajo elektrošok, ne vprašajo za privolitev teh oseb, ko jih privežejo na posteljo, ne vprašajo za privolitev teh oseb, ko jim zaklenejo vrata.*

Tudi Izabela je predstavila pomenljivo izkušnjo: *»/.../ Skos eksperimentirajo nekej (z zdravili), govorijo nej pazmo kaj dobimo, kaj pojemo, ampak kako boš pazu, če ti pa čez dan al pa noč psihiater spremeni zdravila, ne da bi te obvestu o tem. Recimo js sem bla navajena na eno vrsto zdravil, na obliko in barvo in to, tuki sem pa čist ene generike dobivala in to, in sem bla čist zmedena.«* Izkušnja Izabele kaže na to, da jo psihiatri in psihiatrinje niso seznanili s spremembo zdravil, torej se jim ni zdela relevantna pridobitev njenega soglasja, prav tako kot v primeru zavrnitve vstopa zunanjim raziskovalcem in raziskovalkam, pri čemer tudi niso vprašali hospitaliziranih za mnenje, ampak so hoteli zaščititi predvsem sebe. Za razliko od dodatne obremenitve, ki naj bi jo moje raziskovanje predstavljalo hospitaliziranim, je proces raziskovanja pokazal ravno nasprotno dožemanje s strani hospitaliziranih, saj so vsi intervjuvanci in intervjuvanke izražali pozitivno naravnost do mojega raziskovanja ter se zahvalili za pogovor. Nekaterim je bilo po pogovoru lažje, kar je zadnji dan mojega raziskovanja izpostavila Izabela, ki mi je ob poslavljanju dejala: *»Hvala, mi je blo v veselje spregovort o tem, mi je blo kar lažje pol.«* V nekem smislu katarzična občutja Izabele so v tem primeru povezana tudi z vzpostavljenim zaupanjem tekom raziskovanja, kar je omogočilo njeno izpoved v tolikšni meri. Irena pa je tekom enega izmed najinih srečanj pogledala na uro in pripomnila, da je čas za mašo, ki poteka enkrat na teden ob sredah, in potem dejala: *»Ne bom šla na mašo, raje se s tabo pogovarjam, mi to bolj koristi.«* Na enem izmed zadnjih srečanj je Irena povedala naslednje: *»Vesela sem, ker te vidim.«* Robert pa mi je dejal: *»Rad se pogovarjam s tabo.«* Irena in Robert sta me večkrat kontaktirala prek telefona, pri čemer so razlogi za klic s strani Irene običajno vključevali določene osebne težave, spoznanja dneva, vprašanja glede termina srečanja in magistrske naloge, pri Robertu pa je sprva šlo za težave z uporabo novega telefona, obvestila o odhodu domov za vikend ter odpustitvi iz psihiatrične bolnišnice, po odpustitvi pa me je večkrat poklical in opisoval preživete dni doma.

Irena mi je na začetku mojega raziskovanja dejala: »Da ne boš mela težav zaradi tega raziskovanja tle.« V enem od telefonskih pogovorov pa mi je dejala: »Oni (osebje PK Ljubljana) so trn v peti meni, js sem trn v peti njim. Dej to na internet, objavi to, da bodo ljudje vedl, kaj se tle dogaja.« Cilka me je na primer pred začetkom najinega intervjuja takoj, ko me je videla, vprašala: »Ali bo to javno objavljeno, kje bo to objavljeno?« in potem dejala, da mora biti previdna pri izražanju. Po končanem intervjuju pa mi je odvrnila: »Pa res, ti, ti, Emanuela, Bog s tabo. Srečno pri magistrski, si zelo pogumen člouk, če boš dala to v javnost.« Cilka je po opravljenem intervjuju zaradi nepravilnosti v psihiatrični bolnišnici psihiatru za »kaznen« dejala, da bo tako ali tako zdaj vse dogajanje v psihiatrični bolnišnici prišlo v javnost. Očitno je bilo zaradi nelagodja vodstva PK Ljubljana pred javno izpostavitvijo razmer v bolnišnici Cilki s strani omenjenega psihiatra naročeno posredovanje informacije o tem, da se moram zglasiti v PK Ljubljana na posvet z vodstvom PK Ljubljana. Glede na to, da je vodstvo PK Ljubljana imelo moj kontakt, saj jim je bila poslana prošnja za raziskovanje, sem Cilko in Ireno obvestila, da me lahko vodstvo PK Ljubljane osebno kontaktira, do česar potem ni prišlo. Pred začetkom raziskovanja so bili sicer opravljeni posveti glede možnosti raziskovanja z mentorico in somentorico pričujoče magistrske naloge ter profesorjem Vitom Flakerjem, poleg tega pa sem se pred začetkom raziskovanja v psihiatrični bolnišnici posvetovala tudi z zaposlenim na *Uradu informacijske pooblaščenke*. Ta je potrdil nespornost zastavljenega raziskovanja s pravnega vidika ter dodal, da me hospitalizirani v psihiatrični bolnišnici lahko odpeljejo tudi v prostore psihiatrične bolnišnice, če oni sami tako želijo, kar je bilo pri raziskovanju tudi upoštevano.

Po opravljenem intervjuju sem vsakemu od intervjuvancev in intervjuvank pripravila transkript intervjuja, ki ga je vsak/-a posebej prebral/-a. Irena je po tem, ko je prebrala transkript najinega intervjuja, dejala: »Se mi zdi, da sm tko debilno povedala, kot da sem nek neizobražen člouk, tko pogovorno je.« Kljub svoji razgledanosti in lucidnosti je dvomila v svoje izražanje in argumentacijo ter potem dodelala določene detajle v transkriptu. Nekateri so tako kot Irena kaj popravili, drugi samo prebrali, kar daje vedeti, da jim ni bilo irelevantno, kaj so povedali na splošno in o bolnišnici, mogoče tudi zaradi bojazni pred morebitnimi ukrepi osebja bolnišnice ter pred njihovim odnosom v času hospitalizacije v psihiatrični bolnišnici.

S strani hospitaliziranih, s katerimi sem se srečala tekom raziskovanja, je bilo pogosto izraženo zavračanje statusa osebe z motnjo v duševnem zdravju, saj nihče od njih ni želel biti del te skupnosti, kajti »članstvo« v njej je s strani družbe percipirano kot nezaželeno. Če obravnavamo primer nastopanja v vlogi nekoga drugega, recimo nekoga, čigar status je nekaj

svetega, denimo zdravnika/-ce, je to obravnavano kot neopravičljivo dejanje, »mного manj pa se vznemirjamo, če se nekdo pretvarja, da mu pripada nespoštovan, nebistven, posveten status, recimo status klateža ali nekvalificiranega delavca« (Goffman 2014, 73). Med te bi lahko bil uvrščen tudi status osebe z motnjo v duševnem zdravju. Nezaželenost tega statusa je povezana tudi s stigmatizacijo oseb z motnjo v duševnem zdravju. Izabela je recimo tekom pogovora pripomnila: »*Ko prideš nekam in vidiš, da maš shizofrenijo, grejo kar vsi stran.*« ali pa »*Se kar ogradijo.*« V tem primeru postane diagnoza edini referenčni okvir, ki določa osebo. Na to je opozoril tudi Dell'Acqua (2014), ki pravi, da je potrebno preseči tovrstno mentaliteto pripisovanja ene in edine identitete osebi, ki jo predstavlja le psihiatrična diagnoza, ter dati poudarek njenim številnim identitetam in odmisлити pogled, ki se osredotoča le na njeno bolezen. Stigma se prenese tako na hospitalizirane v psihiatrični bolnišnici kot na osebe znotraj le-teh, nobeno izjemo v tem pogledu ni predstavljala moja vloga raziskovalke. Ob različnih priložnostih sem bila deležna določenih opazk ljudi, ki so z mojim raziskovanjem tega področja dobili »dovoljenje«, da so se lahko te opazke prilepile tudi name in ki jih drugače ne bi bila deležna. Prakse etiketiranja oseb z motnjo v duševnem zdravju je bilo mogoče prepoznati v številnih stereotipiziranih predstavah ljudi, ki so se izkristalizirale v naslednjih citatih: »*Tja greš, pa tam so ljudje nevarni*«, »*Tam so tisti bogi*« ali pa na primer: »*Večkrat jih vidim, da stopajo, ampak grem vedno mimo, nikoli ne veš, kaj ti lahko naredijo.*« Med razloge za tovrstno dožemanje oseb z motnjo v duševnem zdravju spada, poleg historičnih in ostalih dejavnikov tudi stereotipizirana medijska obravnava le-teh, ki se zakorenini v mentalitetne vzorce ljudi in se prenaša naprej iz generacije v generacijo. Diskurz, ki se kaže v naslednjih izjavah »*Ta je prav za gor na hrib*« ali »*Ta bi moral iti v Godoviču levo*« na Primorskem ne potrebuje dodatne argumentacije, saj sta tovrstni izjavi »prilepljeni« na stavbo *Psihiatrične bolnišnice Idrija* ter na ljudi, ki so bili tu hospitalizirani. V vsaki slovenski regiji obstaja določen diskurz, ki predstavlja posamezno psihiatrično bolnišnico brez dotične navedbe le-te, v osrednji Sloveniji »*Studenec*« simbolizira *PK Ljubljana*, »*papeževa garda*« kaže na *Socialno varstveni zavod Hrastovec* ali *PB Vojnik*. Raba tovrstnega diskurza je prisotna tudi med intervjuvanci v *PK Ljubljana*, saj je Robert tekom pogovora o zastarelih klopih izpostavil naslednje: »*Tko je, ni dnarja za norce s Studenca 48,*« kar je pri prisotnih pred bolnišnico sprožilo smeh.

Pri pogovoru ob igranju namiznega tenisa se nam je neko popoldne prvič pridružila Cilka, ki me je poklicala na samo in mi v prisposodobah pripovedovala o Don Kihotu in njegovih bojih z mlino na veter, Dulsineji ter kljusetu. V trenutku, ko je končala s pripovedovanjem zgodbe, je

odšla. V intervjuju pa mi je Cilka povedala naslednje, s čimer sem boljše razumela njeno pripovedovanje tekom najinega prvega srečanja:

*Js živim v dveh svetovih, v realnem in paralelnem svetu in iz tega lahko zelo hitro preskakujem. V tem trenutku js lahko napišem pesem, komot, pa je ne bom. V tem trenutku se pa lahko s tabo pogovarjam kukr se. V tem oziru mam pač to srečo, da živim v dveh svetovih. Se umaknem, grem v svoj svet, si dam slušalke, preberem knjigo, napišem pesem, enkrat tudi mislm, ko bo več časa in prilke, napisat tudi kak scenarij al pa dramo. Kleptomanim ideje, pogovore in potem iz tega rata en konglomerat, ampak to se mora še usest v meni, da pride ven kot umetnina, če to bo.*

Cilka je v pogovoru omenila možnost sodelovanja v psihodrami tekom hospitalizacije v *PK Ljubljana*. Psihodramo kot terapevtsko tehniko je Goffman (2014, 86) umestil v kontekst vpogleda v vsakdanjo družbeno interakcijo skozi prizmo dramaturških prvin, kjer teater služi kot orodje za analizo vsakdanjega življenja. Uspešna uprizoritev tako gledaliških kot ostalih »narejenih« likov bazira na implementaciji istih tehnik, s pomočjo katerih vsi ohranjamo svoje realne družbene situacije. Goffman (2014, 86) v delu *Predstavljanje sebe v vsakdanjem življenju* pravi: »Scenariji lahko oživijo celo v rokah neizkušanih ali neizurjenih igralcev, kajti življenje kot tako je dramatična uprizoritev. Ves svet seveda ni oder, toda ključnih točk, zakaj ni tako, ni enostavno določiti.« Hospitalizirani lahko v uprizorjenih nastopih odigrajo določene vloge tudi zaradi svoje lastne preteklosti in tako uprizorijo nekakšen povzetek preteklosti. Dostopnost vlog, ki so jih v preteklosti zanje odigrali drugi pomembni akterji, jim omogoča preklapljanje med osebami, kakršnimi so nekoč bili oni sami, ter osebami, ki so jih zanje predstavljali drugi.

Hospitaliziranim v *PK Ljubljana* je poleg psihodrame in literarne na voljo tudi likovna ter kreativna delavnica (izdelovanje izdelkov iz različnih materialov), delavnica muzikoterapije, skupina z medicinsko sestro (vsi prisotni hospitalizirani izberejo temo, o kateri se potem skupaj pogovarjajo), skupina z nalogo (eden izmed prisotnih hospitaliziranih si izbere temo pogovora, sledi pogovor prisotnih na izbrano temo) in druge. To kaže na to, da je prišlo do določenih sprememb v dejavnostih med temi, ki so danes na voljo hospitaliziranim, in med tistimi, ki so bile hospitaliziranim na razpolago v preteklosti. Flaker (1998, 8) pravi, da se hospitalizirani učijo predvsem spretnosti, ki so potrebne za življenje v ustanovi in nimajo uporabne vrednosti zunaj le-teh, vendar pridobljeno znanje z nekaterih delavnic, ki so na

razpolago hospitaliziranim danes, lahko ti uporabijo tudi zunaj psihiatrične bolnišnice. Svojo izkušnjo z udeležbo na različnih delavnicah je delila Cilka:

*Moram povedat, da imamo psihodramo, literarno skupino, muzikoterapijo, vse sorte enih oblik, ker oni preko naših izdelkov pridejo do naših problemov in težav, so zelo dobre tele delovne terapevte in moški tudi, zlasti gospod Brane, se potrudijo in potem oni to preučijo in na podlagi tisga ugotovijo, kaj je, beseda da besedo, in potem se dogajajo v nekem širšem kontekstu, takem prijetnem, za nas in za njih.*

Spretnosti, ki so jih hospitalizirani osvojili pred vstopom v psihiatrično bolnišnico, se pa pogosto zanemarjajo in pozabijo, kar kaže citat Izabele:

*Ja, js opažam že pr seb recimo, da se ne morem skoncentirat, pozablam imena, številke, zdej v zadnjem času opažam to, prej sem bla fenomen za številke, js sem delala v takem poslu (računovodstvo), da sem v bistvu mogla vedet vse številke, telekse, telefone, vse na pamet in so mi potem psihiatri rekl, da nej se tega odvadm, da vse tist, kar si lahko zapišem, nej si zapišem, ne zapomnm, de nej si zradiram iz možganov, zradiram (glasneje poudarila to besedo) te številke, da bo za druge stvari več placa.*

Glede na izsledke mojega raziskovanja je mogoče sklepati, da dejavnosti, ki jih *PK Ljubljana* ponuja, še ne predstavljajo zadostnega portfelja dejavnosti in storitev, ki bi bile znotraj le-te potrebne, če že obstaja bolnišnica.

Irena me je tekom mojega raziskovanja v *PK Ljubljana* odpeljala na enega izmed moških odprtih oddelkov *PK Ljubljana*, kjer je običajno uporabljala računalnik, in sicer zaradi njene želje po moji obrazložitvi blokade določenih spletnih strani (na primer *Facebook*, *Taize community*, nekateri posnetki na portalu *YouTube*). Ob najinem prihodu na omenjeni oddelek je Irena dejala: »*Evo, hiša, ki straši.*« Tu je bilo mogoče uzreti neprepleskane stene in buče na okenskih policah, mimo katerih sva se sprehodili do kadilnice in dnevnega prostora, kjer ima mesto računalnik. Ob najinem premlevanju blokad določenih spletnih strani sva opazili Domna, ki je sedel na bližnjem kavču in gledal televizijo. Irena naju je predstavila in se potem odpravila po opravkih. Po moji predstavitvi namena raziskovanja v *PK Ljubljana* je Domen predlagal izvedbo intervjuja na prvi dan srečanja, čeprav je bila to izjema pri opravljanju intervjujev, saj je bila pozornost posvečena najprej vzpostavljanju zaupanja v odnosu, kar se

od raziskovalca/-ke, ki raziskuje področje senzibilne narave, tudi pričakuje. V pogovoru o razlogih za njegovo hospitalizacijo je dejal naslednje: *»Eni se tudi zakamoflirajo, da pridejo not, eni tudi zaradi tega, ker je tu hotel, ki jih obvaruje pred zimo.«* Intervju z Domnom je bil opravljen na klopih za stavbo omenjenega moškega odprtega oddelka. Tekom intervjuvanja se je mimo naju sprehodila ena skupina, kjer so ljudje v koloni počasi, z drsajočimi koraki, hodili tesno eden za drugim, pri čemer je Domen dejal: *»Kot v vrtcu. Imajo sprehod pod nadzorom, jih sestre peljejo na sprehod.«* Po pričevanju Domna hospitalizirane na zaprtih oddelkih pospremi osebje, običajno medicinske sestre in/ali tehniki, na sprehode, ki so odmerjeni po navodilih psihiatra/-inje; na primer vsaki osebi glede na njeno trenutno stanje določijo število izhodov in trajanje le-teh v spremstvu osebja. Tovrstno drsajočo oziroma tako imenovano »robotsko« hojo hospitaliziranih v psihiatrični bolnišnici, ki spada med posledice stranskih učinkov psihofarmakov, je nazorno predstavil Ciril, ki pravi: *»To je moje mnenje, osebne izkušnje, dost bolj zajeb... so ble te prve generacije psihofarmakov, antipsihotikov, dve glavni osnovni sta Moditen, kasneje Moditen Depo in Haloperidol, ker so meli izrazito močne stranske učinke. Člouk je trpel v takem stanju, da si ko robotek, da hodiš, še zdej vem (demonstrira hojo pod vplivom omenjenih zdravil), ko v filmu, js sem mel resnično vlogo v 'filmu'.*

Tak način hoje hospitaliziranih je bilo mogoče opaziti tudi ob prihodu na enega izmed moških ter enega izmed ženskih odprtih oddelkov. Moški odprti oddelek sem vedno obiskovala v spremstvu Irene, na ženski odprti oddelek pa me je pospremil Domen, ki je ob prihodu pred omenjeni oddelek odvrnil: *»Čudno, da dns ni nobenga tle (na vhodu oddelka), ponavadi kontrolirajo kdo gre notr na oddelk pa h komu gre.«* Preverjanje pred oddelkom naj bi bilo namenjeno preprečevanju vstopa neželenim obiskovalcem, kar sem bila tudi sama zaradi moje vloge raziskovalke v PK Ljubljana. Za razliko od pričevanja Domna pa je Irena povedala, da se zunanje obiskovalce pri vstopu na ženski odprti oddelek običajno ne preverja. Na ženski odprti oddelek sva se z Domnom odpravila z namenom, da najdeva Izabelo, saj ni imela mobilnega telefona in jo posledično ni bilo mogoče poklicati za srečanje. Na tem oddelku so ob najinem prihodu ženske ležale na kavču v dnevnem prostoru, poleg njih pa je bilo mogoče uzreti napis na plakatu *»sita sem vsega«*, ki je bil prilepljen na steno.

Na moj predzadnji obisk PK Ljubljana sem se v družbi Irene in Izabele odpravila v tamkajšnjo okrepčevalnico. Druženje se je začelo s šaljivim pogovorom Irene in Izabele o snubcih, pri čemer je Izabela povedala: *»Najprej v zobe pogledam, groza škrba, potem lasje, groza, potem kravata ...«* Irena je odvrnila: *»Meni je bolj važna notranjost,«* nakar ji je



Izabela odgovorila: *»Is do notranjosti niti prit ne morm, ker me tolk stvari že prej zmot,«* kar izzove smeh.

Tekom pogovora sem Izabelo vprašala, če je že seznanjena z okvirnim datumom odpusta iz psihiatrične bolnišnice, nakar je odgovorila, da bi bila še malo v *PK Ljubljana*, da si fizično opomore, ker živi sama in mora vse sama delati, za kar kot pravi *»rabiš kondicijo«*. V primeru, da psihiater/-inja ne bi odobril/-a odpusta iz bolnišnice v določenem času, je bila pripravljena tudi na vložitev pritožbe, kar je izpostavila tudi v intervjuju: *»Mam zagovornika na sodišču. Kadar mi je dost, jim zagrozim, da bom sodišče uporabila. In sem ga že dvakrat in so mi pomagal. Prtožla sem se, ker me niso hotl spustit ven, ker so me tolk časa zadržval noter in sem obakrat uspela.«* Ob tem je povedala še, da bo potrebovala najmanj en mesec od odpustitve iz psihiatrične bolnišnice, da bo *»začela funkcionirat, da bom normalna Izabela.«* Tematika pogovora se je potem preusmerila na zdravstvene težave Izabele v zvezi s težkim dihanjem, nakar je povedala: *»Takrat so me poslal sem, čeprav psihično sem bla zdrava, na IPP (Internistična prva pomoč) bi me mogl dat, tam imajo tud postle. Tle te niti ne pogleda internist. Če bolečine ne odkrijejo, je po njihovem vse psihosomatskega izvora, si vse domišljaš oziroma je plod bolezni (motnje v duševnem zdravju).«* To se zgodi, ko pove zdravnikom/-cam, da ima astmo in bolečine v kosteh. Pogovor je potem stekel v smer razlogov za hospitalizacijo v psihiatrični bolnišnici, pri čemer Izabela o razlogih za hospitalizacijo žensk v *PK Ljubljana* pove naslednje: *»Ko se z ženskami tle pogovarjam, zakaj so not, predvsem zarad nasilja moških, ki majo težave z alkoholom.«* Podobno pravi Cilka: *»Morm pa pr temu reč, da so ženske, k so v bolnici v veliki meri žrtve družinskega nasilja, da je dost alkoholizma, agresije s strani moškega spola, nekatere tudi s strani drugih družinskih članov, kar je pri moških podobno, al je pijača al so droge in tako.«* Kot je bilo že rečeno v teoretskem delu se izražanje duševne stiske razlikuje med spoloma. Pri moških se to običajno manifestira v prekomernem uživanju alkohola in/ali drog za razliko od žensk, katerih stiska se pogosteje izraža v obliki depresije, anksioznosti. Nasilje v družini negativno vpliva tudi na duševno zdravje žensk, nekaterim od njih predstavlja psihiatrična bolnišnica začasen izhod iz realnosti vsakdanjega življenja. V takšnih primerih velja psihiatrična bolnišnica na neki način za azil, za obrambno sredstvo pred nasiljem v družini. Na duševno zdravje žensk vplivajo številni dejavniki, torej ne gre samo za vpliv nasilja v družini, temveč za konglomerat različnih dejavnikov, med katere spadajo tudi ekonomski položaj, nacionalna pripadnost, socialna mreža in neplačano skrbstveno delo žensk (Zaviršek 1994d, 307–308).

Po končanem raziskovanju v *PK Ljubljana* me je Robert v enem izmed telefonskih pogovorov prosil za pomoč pri vpisu vseh telefonskih števil iz beležk v imenik novega telefona ter za

ponovno razlago splošnih nastavitvev telefona, zato sva se dogovorila za termin in se dobila v tamkajšnji okrepčevalnici oziroma tako imenovani brunarici. Tam sva srečala tudi Petra, ki se nama je pridružil in naročil pivo, vendar mu je natarica obrazložila, da ne strežejo alkohola, kar je razumljivo, glede na to, da v *PK Ljubljana* obravnavajo tudi osebe, ki so odvisne od alkohola.

Etnografsko raziskovanje je pripomoglo k številnim spoznanjem glede sveta psihiatrične bolnišnice, po drugi strani pa so izsledki analize le-tega v letu 2014 v marsikaterem aspektu še vedno slični ugotovitvam iz na primer Goffmanove (1991) raziskave. Prva objava Goffmanovih *Azilov* sega v leto 1956, pa vendar aktualizacija tega dela v marsikateri perspektivi ni potrebna. Trditev, da danes delo velja za anahronizem, bi bila torej neprimerna. Na področju obravnave motenj v duševnem zdravju lahko to delo, z izpostavitvijo številnih konkretnih sistemskih ureditev in praks, deluje tudi kot opomin na stagnacijo sistema psihiatričnega zdravljenja v Sloveniji, kjer še ni bila dosežena potrebna celovita reorganizacija, ki bi to področje postavila v leto 2015. Prav tako pa je mogoče najti veliko paralel tudi z raziskavo Darje Zaviršek (1994a, b, c, d, e, f), ki je bila objavljena leta 1994. Primer dobre prakse iz Trsta kaže na to, da je zdravljenje oseb z motnjo v duševnem zdravju učinkovito tudi brez hospitalizacije v psihiatrični bolnišnici in da je institucionalizacija oziroma zapiranje oseb z motnjo v duševnem zdravju v psihiatrične bolnišnice nepotrebno. Glede na to, da psihiatrične bolnišnice proizvajajo kroničnost in je posledično v Sloveniji osebam pogosto določen status invalida zaradi motnje v duševnem zdravju, imajo osebe z motnjo v duševnem zdravju v Italiji, zaradi diferencirane sistemske obravnave le-teh, bistveno drugačno izhodišče za prihodnost.

## 10 SKLEP

Norost.

Razum.

»Misli pred norostjo ne varuje permanentnost neke resnice, ki ji je omogočila, da se je izkopala iz zmote in izvila iz sanj; misel pred norostjo varuje nezmožnost biti nor, ki ni bistvena za objekt misli, temveč za subjekt, ki misli« (Foucault in Derrida 1990, 10). Ključnega pomena je konstrukcija binarne diferenciacije med norostjo in razumom, kjer razum poseduje vse vzvode moči nad nerazumom. Bazična diferenciacija poteka torej na vzpostavljanju razdalje med norostjo in razumom oziroma norostjo in nezmožnostjo norosti, saj bi pripadanje razumnosti izgubilo svojo funkcijo integracije brez implementacije praks izključevanja in selekcije. Binarna klasifikacija norost-razum sodi v širši koncept reprodukcije na ravni dihotomične relacije med »nami« in »njimi«, kjer je percepcija »nas« pravilna in veljavna in hkrati ogrožena spricho »drugih« oziroma zaradi »njih«. Tovrsten aspekt kategorizacije deluje znotraj obrambe dominantnega družbenega reda, morale in vrednot, družbeni nadzor pa vključuje nadzor in zaščito zdravih ljudi pred motnjami v sistemu, kamor med drugimi spadajo tudi osebe z motnjo v duševnem zdravju. Z ozirom na historični pregled je bila norost deležna diferencirane obravnave, ki je predstavljala odraz širšega družbenega razumevanja sveta. Danes so osebe z motnjo v duševnem zdravju v Sloveniji, kljub nekaterim aktivističnim dosežkom, še vedno v prevelikem številu kolektivno zaprte za zidovi institucij, pod oblastjo vsevidnega očesa nadzora, kjer primanjkuje socialne interakcije in kjer je njihova dnevna rutina odvisna od hišnega reda posamezne psihiatrične bolnišnice. Omenjena marginalna skupina je v tem primeru tudi geografsko postavljena na rob, o čemer priča že sama lokacija psihiatričnih bolnišnic na obrobju mest oziroma podeželju, kjer naj bi sveži podeželski zrak omogočal ozdravitev. Psihiatrične bolnišnice predstavljajo idealno-tipsko formo za protekcijo pred družbeno deviantnostjo, kjer institucija odpira prostor nadzoru, vsevidnosti v vsakem trenutku dneva in izločenosti hospitaliziranih iz vsakdanjega življenja, kar se odraža na praksah etiketiranja teh kot tujih, nenavadnih, celo nevarnih. Odstranjevanje iz okolja oziroma izolacija oseb z motnjo v duševnem zdravju vpliva na označbo oziroma izključitev le-teh – na tovrsten način so ti postavljeni za »druge« v družbi. Hospitalizacija v psihiatrični bolnišnici na neki način simbolizira črtno kodo za stigmo. Družbeno konstruirana stigma omogoča tako imenovanim »normalnim« superioren položaj v razmerju do stigmatiziranih, socialni učinki ohranjanja razdalje med obema skupinama se kažejo v izolaciji stigmatiziranih, saj v očeh nekaterih izolacija stigme pomeni redukcijo tveganja za

pridobitev stigme in posledično izolacijo problematike (Coleman v Ule 1999, 211). Med razloge za izolacijo stigmatiziranih sodi tudi strah pred neznanim, nevsakdanjim in v končni fazi tudi strah osebe pred »prenosom« norosti na njo samo.

Tekom pričujočega dela je bila poleg praks institucionalizacije, dezinstitutionalizacije ter vpliva hospitalizacije v psihiatrični bolnišnici na identiteto osebe obravnavana tudi »govorica« spola v psihiatrični bolnišnici, o čemer priča tudi arhitekturna zasnova le-teh, njihov hišni red ter notranja organizacija. Ločeni oddelki na podlagi spola v bolnišnicah, ne le znotraj psihiatričnih, so del percepcije, ki temelji na samoumevnosti, »naravnosti« tovrstnega ločevanja. Pridobitev odgovorov na zastavljena raziskovalna vprašanja je bila zamišljena znotraj prvotnega metodološkega načrta, ki je vključeval etnografsko raziskovanje v prostorih psihiatrične bolnišnice ter intervjuje z zainteresiranim osebjem in hospitaliziranimi, v okviru česar je bilo pri raziskovanju ranljivih skupin poudarjeno sledenje uveljavljenim etičnim standardom, anonimnost sodelujočih, uporaba podatkov pa je bila predvidena izključno v raziskovalne namene. Omenjeni načrt raziskovanja pa se ni izšel zaradi zaprtosti psihiatričnih bolnišnic, ki je zaznamovala tudi moje raziskovanje, saj sem od vseh psihiatričnih bolnišnic v Sloveniji prejela zavrnitev prošnje za raziskovanje. Ena izmed argumentacij za zavrnitev prošnje je vključevala naslednji citat: »Študentov družboslovja ne spuščamo noter.« Je tej odločitvi morebiti botrovalo izogibanje kritični obravnavi s strani študentov družboslovja, je šlo morda za bojazen pred javno izpostavitvijo razmer v njihovi psihiatrični bolnišnici ali je razlog za to dodatno delo, ki bi jim ga moje raziskovanje prineslo? Odgovor na zastavljena vprašanja najverjetneje predstavlja skupek omenjenih in drugih pomislekov s strani vodstev psihiatričnih bolnišnic.

Kljub razumevanju, da bi moje raziskovanje zahtevalo določen angažma zaposlenih v psihiatrični bolnišnici in posledično dojemanja nesmiselnosti odobritve raziskovanja s strani vodstev psihiatričnih bolnišnic, ob upoštevanju dejstva glede vlaganja dodatnega dela v nekaj, od česar ne bi posedovali koristi, menim, da zavrnitve raziskovanja znotraj vseh psihiatričnih bolnišnic v Sloveniji otežijo delo raziskovalcu/-ki ter predstavljajo bariero pri vpogledu v sistem. Univerzalnega odgovora znotraj psihiatričnih bolnišnic na prošnjo za raziskovanje ni bilo, vsem je skupna le zavrnitev, z izjemo *PB Idrija*. Raziskovanje za namen pričujočega dela je torej zaznamovala omejenost raziskovalnega pogleda, saj analiza sveta psihiatričnih bolnišnic temelji pretežno na izsledkih intervjujev z osebami z izkušnjo hospitalizacije v psihiatrični bolnišnici, in ne na celostnem vpogledu v delovanje sistema, z vsem spoštovanjem do pričevanj in izkušenj intervjuvancev in intervjuvank.

## 11 LITERATURA

Angrosino, Michael. 2007. *Doing ethnographic and observational research*. London: Sage.

Bauman, Zygmunt. 2008. *Identiteta: pogovori z Benedettom Vecchijem*. Ljubljana: CF.

Beauvoir, Simone. 2013a. *Drugi spol: dejstva in miti*. Ljubljana: Krtina.

--- 2013b. *Drugi spol: doživeta izkušnja*. Ljubljana: Krtina.

Bentham, Jeremy. 1995. *The panopticon writings*. London; New York: Verso.

Borgatta, Edgar in Marie L. Borgatta. 1992. *Encyclopedia of sociology*. London: Simon & Schuster and Prentice Hall International.

Butler, Judith. 2001a. Subjekti biološkega spola/družbenega spola/želje. *Časopis za kritiko znanosti* 29 (202–203): 269–277.

--- 2001b. *Težave s spolom: Feminizem in subverzija identitete*. Ljubljana: ŠKUC.

Castel, Robert. 1976. *L'ordre psychiatrique: l'âge d'or de l'aliénisme*. Paris: Éditions de Minuit.

Chesler, Phyllis. 2005. *Women and madness*. New York; Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Conrad, Peter in Joseph W. Schneider. 2010. *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*. Philadelphia: Temple University Press.

Dakič Prelec, Helena. 1995. K zgodovini blaznosti na Slovenskem v prejšnjem stoletju. *Kronika, časopis za slovensko krajevno zgodovino* 43 (1/2): 53–60.

DeFrancisco, Victoria Pruin in Catherine Helen Palczewski. 2007. *Communicating gender diversity: a critical approach*. Los Angeles: Sage Publications.

Dell'Acqua, Peppe. 2014. Intervju z avtorico. Trst, 23. september.

Deutsch, Morton. 1962. Cooperation and trust: Some theoretical notes. V *Nebraska symposium on motivation*, ur. John R. Marshall, 275–319. Lincoln: University of Nebraska Press.

*Dipartimento di Salute Mentale di Trieste*. Dostopno prek: [http://www.deistituzionalizzazione-trieste.it/guida/Guida/?apripagina=/guida/Guida/DIPARTIM/&home=/guida/Guida/&home\\_programma=/guida/Guida/](http://www.deistituzionalizzazione-trieste.it/guida/Guida/?apripagina=/guida/Guida/DIPARTIM/&home=/guida/Guida/&home_programma=/guida/Guida/) (10. junij 2015).

Flaker, Vito. 1998. *Odpiranje norosti: vzpon in padec totalnih ustanov*. Ljubljana: Založba / \*cf.

--- 2012. Kratka zgodovina dezinstucionalizacije. V *Iz-hod iz totalnih ustanov med ljudi*, ur. Andreja Rafaelič in Vito Flaker, 13–31. Ljubljana: Študentska založba.

--- 2015. *Priprava izhodišč izvedbe dezinstucionalizacije v Sloveniji*. Dostopno prek: <http://www.za-mdi.si/konferenca-o-deinstitucionalizaciji.html> (25. junij 2015).

Foucault, Michel. 1998. *Madness and civilization: a history of insanity in the age of reason*. London, New York: Routledge.

--- 2004. *Nadzorovanje in kaznovanje: nastanek zapora*. Ljubljana: Krtina.

--- 2006a. *Psychiatric power: lectures at the Collège de France, 1973–74*. Basingstoke; Hampshire; New York: Palgrave Macmillan.

--- 2006b. *History of madness*. London, New York: Routledge.

--- 2010. *Zgodovina seksualnosti*. Ljubljana: ŠKUC.

--- in Jacques Derrida. 1990. *Dvom in norost*. Ljubljana: Društvo za teoretsko psihoanalizo.

Füsenhäuser, Cornelia in Gabriele Stump. 1995. Ženske in zdravje. *Časopis za kritiko znanosti, domišljijo in novo antropologijo* 23 (176): 187–194.

Goffman, Erving. 1977. The Arrangement Between the Sexes. *Theory and Society* 4 (3): 301–332.

--- 1979. *Gender Advertisements*. New York: Harper and Row.

--- 1991. *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates*. London: Penguin Books.

--- 2008. *Stigma - zapiski o upravljanju poškodovane identitete*. Maribor: Aristej.

--- 2014. *Predstavljanje sebe v vsakdanjem življenju*. Ljubljana: Studia humanitatis.

Gramsci, Antonio. 1987. *Gramsci, civilna družba in država: izbor Gramscijevih besedil in zapisov o njem*. Ljubljana: Komunist.

Horwitz, Allan Victor. 2003. *Creating mental illness*. Chicago; London: University of Chicago Press.

*John F. Kennedy Presidential Library and Museum*. Dostopno prek: <http://www.jfklibrary.org/JFK/JFK-in-History/JFK-and-People-with-Intellectual-Disabilities.aspx> (10. junij 2015).

Lamut, Urša in Mirna Macur. 2012. *Metodologija družboslovnega raziskovanja: Od zasnove do izvedbe*. Ljubljana: Vega.

Leavey, Gerard, Alexia Papageorgiou in Chris Papadopoulos. 2006. Patient and Staff Perspectives on Single-Sex Accommodation. *Journal of Health Management* 8 (1): 79–90.

Luhmann, Niklas. 1988. Familiarity, confidence, trust: problems and alternatives V *Trust: Making and Breaking of Cooperative Relations*, ur. Diego Gambetta, 94–107. Oxford: Blackwell.

Matlin W., Margaret. 2012. *The psychology of women*. Wadsworth: Cengage Learning.

Millon, Theodore. 2004. *Masters of the Mind: Exploring the Story of Mental Illness from Ancient Times to the New Millennium*. Hoboken: John Wiley&Sons.

Ministrstvo za zdravje. 2014. *Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2014–2018*, 2008-2711-0140. Dostopno prek: [http://www.sent.si/fck\\_files/file/NOVICE/NPDZ\\_3\\_J.pdf](http://www.sent.si/fck_files/file/NOVICE/NPDZ_3_J.pdf) (15. julij 2015).

Mowbray, Carol T., Susan Lanir in Marilyn Hulce. 1985. *Women and mental health: New Directions for Change*. New York; London: Harrington Park Press.

Oreški, Suzana. 2015. *Ekonomski vidiki skupnostne skrbi – študija primera*. Dostopno prek: <http://www.za-mdi.si/konferenca-o-deinstitucionalizaciji.html> (25. junij 2015).

Pajnik, Mojca in Veronika Bajt. 2009. Biografski narativni intervju: aplikacija na študije migracij. *Dve domovini* (30): 68–89.

Parsons, Talcott. 1978. *Action Theory and the Human Condition*. New York: Free Press.

Praprotnik, Tadej. 1999. *Ideološki mehanizmi produkcije identitet: Od identitete k identifikaciji*. Ljubljana: Fakulteta za podiplomski humanistični študij, Študentska založba.

*Psihiatrična klinika Ljubljana*. Dostopno prek: [http://www.psih-klinika.si/fileadmin/dokumenti/knjiznica\\_dokumentov/slike/Lokacije/PKL\\_situacija\\_I.htm](http://www.psih-klinika.si/fileadmin/dokumenti/knjiznica_dokumentov/slike/Lokacije/PKL_situacija_I.htm) (10. julij 2015).

Quandt, Thorsten. 2012. What's left of trust in a network society? An evolutionary model and critical discussion of trust and societal communication. *European Journal of Communication*. 27 (1): 7–21. Dostopno prek: <http://ejc.sagepub.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/content/27/1/7.full.pdf+html> (10. maj 2015).



Rafaelič, Andreja, Vito Flaker in Neja Žerjav. 2012. Nomadi norosti na poti mimo norišnic in zaporov. V *Iz-hod iz totalnih ustanov med ljudi*, ur. Andreja Rafaelič in Vito Flaker, 213–283. Ljubljana: Študentska založba.

Ragin C., Charles. 2007. *Družboslovno raziskovanje: enotnost in raznolikost metode*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Renner, Tanja. 2008. Goffman: O spolu in spolni razliki. *Dialogi* 44 (10): 41–51.

Risse B., Guenter. 1999. *Mending Bodies, Saving Souls: A History of Hospitals*. New York: Oxford University Press.

Roberts, Brian. 2002. *Biographical research*. Buckingham; Philadelphia: Open University Press.

Salecl, Renata. 1992. Zločin in norost glede na filozofijo človekovih pravic. *Revija za kriminalistiko in kriminologijo* 43 (3): 218–226.

Seeman, Mary Violette. 2002. Single-Sex Psychiatric Services to Protect Woman. *Medscape Women's Health eJournal* 7 (4): 1–9.

Shorter, Edward. 1997. *A history of psychiatry: from the era of the asylum to the age of Prozac*. New York: John Wiley & Sons.

Szasz, Thomas. 1997. *The Manufacture of Madness: A Comparative Study of the Inquisition and the Mental Health Movement*. New York: Harper&Row.

Toš, Niko. 1988. *Metode družboslovnega raziskovanja*. Ljubljana: Državna založba Slovenije.

Ule, Mirjana. 1999. *Predsodki in diskriminacije*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.

--- Brina Malnar in Slavko Kurdija. 2014. *Health and medicine in transition*. Wien: Echoraum.

Velkov, Tanja. 2015. *Dostojno življenje v skupnosti: Kje smo sedaj? Programi na področju duševnega zdravja*. Dostopno prek: <http://www.za-mdi.si/konferenca-o-deinstitucionalizaciji.html> (25. junij 2015).

Videmšek, Petra. 2013. *Iz institucij v skupnost: stanovanjske skupine nevladnih organizacij na področju duševnega zdravja*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Zaviršek, Darja. 1994a. *Ženske in duševno zdravje: o novih kulturah skrbi*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.

--- 1994b. Psihiatrični oddelek med boleznijo in njeno kulturno manifestacijo: študija primera (I). *Socialno delo* 33 (1): 39–49.

--- 1994c. Psihiatrični oddelek med boleznijo in njeno kulturno manifestacijo: študija primera (II). *Socialno delo* 33 (2): 99–106.

--- 1994č. Psihiatrični oddelek med boleznijo in njeno kulturno manifestacijo: študija primera (III). *Socialno delo* 33 (3): 217–225.

--- 1994d. Psihiatrični oddelek med boleznijo in njeno kulturno manifestacijo: študija primera (IV). *Socialno delo* 33 (4): 301–308.

--- 1994e. Psihiatrični oddelek med boleznijo in njeno kulturno manifestacijo: študija primera (V). *Socialno delo* 33 (5): 407–414.

*Zbornik prispevkov izobraževanja Mreže za deinstitucionalizacijo MDI*. 2015. Dostopno prek: <http://www.za-mdi.si/files/aktivnosti/zbornik-prispevkov-izobrazevanja-mdi.pdf> (1. avgust 2015).

Walliman, Nicholas. 2006. *Social research methods*. London: Sage.

Wharton, Amy. 2005. *The Sociology of Gender: An Introduction to Theory and Research*. Chichester (West Sussex); Malden (MA): Wiley-Blackwell.

--- 2012. *The Sociology of Gender: An Introduction to Theory and Research*. Chichester (West Sussex); Malden (MA): Wiley-Blackwell.

Wittchen, H.U., Jacobi F., Rehm, J. in drugi. 2011. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology* 21 (9), 655–679.

*World Health Organization*. Dostopno prek: <http://www.who.int/en/> (5. februar 2015).

## **PRILOGE**

### **PRILOGA A: ODGOVORI PSIHIATRIČNIH BOLNIŠNIC NA MOJO PROŠNJO O RAZISKOVANJU**

Vsem psihiatričnim bolnišnicam je bila poslana enaka prošnja, posamezni bolnišnici je bil prilagojen le naslov ter odgovorna oseba znotraj le-te.

Prošnja za vstop v posamezno psihiatrično bolnišnico:

**Zadeva: Prošnja za vstop v psihiatrično bolnišnico (ime dotične psihiatrične bolnišnice) za namen magistrskega dela**

Spoštovani,

na vas se obračam kot mentorica študentke Emanuele Fabijan, univ. dipl. komunikologinje, študentke magistrskega študija Kulturne študije na FDV, ki pripravlja magistrsko delo o bivanju oseb v psihiatrični ustanovi. Izbrana metodologija temelji na etnografskem pristopu, ki predvideva prisotnost raziskovalke v psihiatrični bolnišnici. Raziskovalni načrt vključuje pogovore z osebami, kjer predpogoj za izvedbo predstavlja privoljenje vsakega posameznika oziroma posameznice. Raziskava sledi uveljavljenim etičnim standardom v raziskovanju ranljivih skupin, kar pomeni, da je zagotovljena anonimnost sodelujočim, uporaba podatkov pa je predvidena izključno v raziskovalne namene.

Emanuela Fabijan je vestna in motivirana študentka, ki se je že izkazala s študijskimi dosežki. Za diplomsko delo je na FDV leta 2013 prejela nagrado Klinarjevega sklada.

Vljudno vas naprošam, da Emanueli Fabijan odobrite vstop v (ime dotične psihiatrične bolnišnice).

Lepo vas pozdravljam,

Doc. dr. Mojca Pajnik  
mojca.pajnik@fdv.uni-lj.si

POSLANO V *PB ORMOŽ* NA ZAHTEVO DIREKTORICE MAJDE KEČEK ter V *PB VOJNIK*:

OBRAVNAVA NASLEDNJIH VSEBINSKIH SKLOPOV ZNOTRAJ RAZISKOVANJA:

- razlike med oddelki (ženski-moški oddelek, zaprti-odprti oddelek) glede pravil, hišnega reda (z vašim privoljenjem ogled omenjenih oddelkov);
- z vašim privoljenjem pogovor z zainteresiranim osebjem glede zgoraj omenjenih razlik med oddelki ter glede vloge obiskov oziroma udeležbe svojcev v procesih pomoči osebam z motnjo v duševnem zdravju, pod pogojem privoljenja vsakega posameznika oziroma posameznice, zagotovljena je anonimnost, uporaba podatkov pa bo namenjena samo za raziskovalne namene magistrskega dela;
- z vašim privoljenjem pogovori z zainteresiranimi pacienti s tovrstno izkušnjo, pod pogojem privoljenja vsakega posameznika oziroma posameznice, zagotovljena je anonimnost, uporaba podatkov pa bo namenjena samo za raziskovalne namene magistrske naloge.

## ODGOVORI PSIHIATRIČNIH BOLNIŠNIC NA POSLANO PROŠNJO

### ***PB ORMOŽ***

Po predhodnem telefonskem dogovoru z direktorico omenjene psihiatrične bolnišnice sta ji bila 27. 6. 2014 prek e-pošte poslana dopis ter vsebina raziskovanja. Z direktorico *PB Ormož* sem, vključno s prvim telefonskim pogovorom 27. 6. 2014, opravila deset telefonskih pogovorov (4. 7., 11. 7., 21. 7., 28. 7., 29. 7., 4. 8., 5. 8., 8. 9., 12. 9. 2014). Prihod z dopusta, prenova kuhinje v bolnišnici, obsežno število anket in diplom, pomanjkanje časa, preobremenjenost z delom predstavljajo nekatere od obrazložitvev direktorice na vprašanje glede sprejetja odločitve v povezavi s poslano prošnje. Dopis ter vsebino raziskovanja je bilo potrebno 8. 9. 2014, na željo direktorice *PB Ormož*, ponovno poslati prek e-pošte, saj ni vedela, kje se prvotno poslana dokumenta nahajata. Po dveh mesecih in pol rednega klicanja, ki je vsakokrat zahtevalo veliko časa in energije, saj direktorice ni bilo mogoče dobiti v prvem poskusu, ampak je bilo potrebno tri do šest poskusov za pogovor, se je odgovor direktorice 12. 9. 2014 glasil:

*Naše področje, področje duševnega zdravja, je občutljivo, to je zelo občutljiva populacija. Mi smo mala bolnica, poskusite v večjih, pri nas veljajo ista pravila, hišni red za celo bolnico, pri nas je cela bolnica en sam oddelek, so mali oddelki, tako da pri nas ni razlik med oddelki. Tudi mi imamo veliko anket, pa tudi nimate izkušenj s tega področja, ne poznate tega področja, ne opravljate prakse, recimo za sestre, ki delajo tu vem za njihovo znanje. Glede na nalogo in vsebino sem skeptična glede tega.*

Prvo pošiljanje dopisa s prilogami dne 27. 6. 2014:

Spoštovani.

Kot je bilo dogovorjeno v telefonskem pogovoru z gospo direktorico Majdo Keček, pošiljam dopis mentorice magistrskega dela doc. dr. Mojce Pajnik ter podrobnejšo strukturo vprašanj.

Zahvaljujem se vam za vaš odgovor in čas ter vas lepo pozdravljam.

Ponovno pošiljanje dopisa na željo direktorice PB Ormož dne 8. 9. 2014:

Spoštovani.

V prilogi vam znova pošiljam prošnjo za obisk vaše bolnišnice s strani mentorice doc. dr. Mojce Pajnik ter vsebino raziskovanja. Lepo bi vas prosila, če bi lahko v petek določili datum mojega obiska. Vaša odobritev bi mi veliko pomenila, saj bi tako lahko dosegla prvotno zastavljen načrt magistrske naloge ter ugotovitve primerjala s teoretsko zasnovo.

Zahvaljujem se vam za odobritev prošnje in vas lepo pozdravljam.

***PB BEGUNJE***

V času od poslane prošnje za vstop dne 26. 6. 2014 do zavrnitve le-te dne 11. 7. 2014 niso bili omenjeni zahtevani pogoji za izpeljavo raziskave s strani vodstva psihiatrične bolnišnice, katere tajnica direktorja potem navaja v argumentaciji zavrnitve. S tajnico *Psihiatrične bolnišnice Begunje* sem opravila tri telefonske pogovore (26. 6., 9. 7., 10. 7. 2014), kar

pomeni, da bi lahko omenjene pogoje predstavila že tekom telefonskih pogovorov pred samo zavrnitvijo prošnje.

Tajništvo direktorja:

Spoštovana,

sporočamo vam, da vam žal ne moremo ugoditi vaši prošnji.

Hvala za razumevanje.

Lep pozdrav,

Metka Skumavec  
tajništvo direktorja

Moj odgovor:

Spoštovani.

Prosim za posredovanje povratne informacije glede razlogov za zavrnitev, saj jih moram navesti znotraj magistrskega dela.

Hvala in lep pozdrav.

Tajništvo direktorja:

Spoštovana.

Ob vlogi niste priložili dispozicije magistrske naloge, glede na to, da bi izvajali raziskavo s pacienti, bi morali predložiti tudi mnenje pravno etične komisije. Niste našeli vaše izkušnje pri delu s pacienti z duševno motnjo in trenutno v bolnišnici tudi za Vas nimamo ustreznega mentorja. Podpisati bi morali tudi pogodbo s fakulteto o izvajanju magistrske naloge pri nas.

Lep pozdrav.

### ***PB IDRJA***

V *PB Idrija* je bil dopis poslan 26. 6. 2014, odgovor s strani predstojnika bolnišnice pa sem prejela 4. 7. 2014. Glede na dolgotrajnost postopka za pridobitev mnenja Komisije RS za medicinsko etiko, kar je bilo potrjeno tudi v pogovoru z enim od članov Komisije, je bilo posledično nemogoče izpeljati omenjeni postopek z ozirom na čas zaključka študija.

#### Predstojnik bolnišnice

Spoštovana,

prejeli smo vašo prošnjo za izvedbo magistrske naloge, ob tem bi bili v anketi vključeni tudi bolniki, ki so na zdravljenju.

Moram vas seznaniti, da bi bilo potrebno nalogo predstaviti državni komisiji za medicinsko etična vprašanja ter pridobiti njihovo mnenje. Komisija deluje redno in mislim, da ažurno obravnava predloge, po ustaljenem protokolu.

Lepo pozdravljeni,

mag. Marko Pišljarič, predstojnik bolnišnice

### ***PB VOJNIK***

V *PB Vojnik* sem dopis poslala 26. 6. 2014 prek e-pošte, prvi odgovor pa sem prejela 2. 7. 2014.

#### Odgovor poslovne sekretarke v imenu strokovne direktorice:

**Za vašo mentorico: doc. dr. Mojca Pajnik**

Spoštovani,



ker gre pri vaši študentki za delo, ki sodi v sklop študijskega raziskovanja, vam predlagam, da jo napotite v univerzitetno klinično ustanovo, ki je tudi učna baza.

Pri nadaljnjem delu vam želim veliko uspeha in vas lepo pozdravljam.

Metoda Vidmar Vengust, dr. med., spec. psihiatrije

Strokovna direktorica

Sinatra Gračnar, posl. sekretarka

Tajništvo direktorja

Psihiatrična bolnišnica Vojnik

Moj odgovor:

Spoštovani.

V univerzitetni klinični ustanovi ne sprejemajo več študentov, zato vam je bila tudi posredovana prošnja. Izhajajoč iz opisanega, vas naprošam k odobritvi raziskovanja. Podrobnejša raziskovalna področja so zabeležena v priponki.

Zahvaljujem se vam za odgovor in vas lepo pozdravljam.

Odgovor poslovne sekretarke v imenu strokovne direktorice:

Spoštovani,

še enkrat sem pregledala vašo prošnjo in jo žal moram zavrniti.

V *Psihiatrični bolnišnici Vojnik* so hospitalizirani ljudje v posebno občutljivem obdobju psihičnega poslabšanja in ocenjujem, da jih v takem stanju ne moremo izpostavljati nobeni dodatni obremenitvi, ki se neposredno ne tiče samega procesa psihiatričnega zdravljenja.

Lepo vas pozdravljam.

Strokovna direktorica:

Metoda Vidmar Vengust, dr. med., spec. psihiatrije

Sinatra Gračnar, posl. sekretarka

Tajništvo direktorja

Psihiatrična bolnišnica Vojnik

Moj odgovor:

Glede na delovanje štirih odprtih oddelkov v vaši bolnišnici, kjer so hospitalizirane tudi osebe, katerih psihično stanje je moralo izkazati določen napredek za premestitev na odprti oddelek, je tovrstna argumentacija vprašljiva.

Zahvaljujem se vam in vas lepo pozdravljam.

***PK LJUBLJANA***

28. 5. 2014 je bil v *Psihiatrično kliniko Ljubljana* prvič posredovan dopis po pošti, ki je bil, po besedah tajnice direktorja, »izgubljen« znotraj bolnišnice, zato je bilo 11. 6. 2014 potrebno ponovno poslati dopis po e-pošti na naslov direktorja Bojana Zalarja ter strokovne direktorice Blanke Kores. Po enem tednu brez odgovora sem ponovno opravila telefonski klic s tajnico, ki je odgovorila naslednje: »Vaša prošnja še ni bila prebrana, o tem bodo sicer diskutirali na seji, ampak vam že vnaprej povem, da ne bo nič.« 17. 6. 2014 je bilo potrebno ponovno posredovati dopis mentorice, tokrat na splošni e-naslov *PK Ljubljana*. 23. 7. 2014 sem prejela telefonski klic s strani Lidije Brkovič, strokovne sodelavke za upravno pravne zadeve iz sektorja za izobraževanje, ki je zavrnitev prošnje utemeljila z argumentacijo, da raziskovanje omogočajo le študentom medicine, ne pa študentom družboslovja. Izsek iz telefonskega pogovora s strokovno sodelavko je vključeval naslednjo informacijo: »Študentov družboslovja ne spuščamo noter.« Pred telefonskim klicem sem s strani omenjene strokovne sodelavke prejela odgovor prek e-pošte. 27. 6. 2014 pa mi je bil posredovan odgovor na dopis s strani tajnice Lili Šincek, argumentacije za zavrnitev prošnje z njene strani, kljub dvema poslanima e-sporočiloma, nisem prejela.

Strokovna sodelavka za upravno pravne zadeve-sektor za izobraževanje

Spoštovana ga. Fabijan,

obveščamo vas, da prejeta prošnja za vstop v Psihiatrično kliniko za namen magistrskega dela  
NI ODOBRENA.

Lep pozdrav,

Lidija Brkovič, dipl. upr. org.

Strokovni sodelavec za upravno pravne zadeve

Psihiatrična klinika Ljubljana

Sektor za izobraževanje

Tajništvo generalnega direktorja

Spoštovani,

obveščamo vas, da vaši prošnji za vstop v PK Ljubljana ne moremo ugoditi.

Z lepimi pozdravi,

Lili Šincek

Psihiatrična klinika Ljubljana

Studenec 48, Ljubljana

Tajništvo generalnega direktorja

Lili Šincek, dipl. ekon.

Moj odgovor:

Spoštovani.

Naprašam vas k posredovanju povratne informacije glede razlogov za zavrnitev prošnje.

Zahvaljujem se vam za odgovor in vas lepo pozdravljam.

Moj odgovor na njihov »neodgovor«:

Spoštovani.

Ponovno vas prosim za obrazložitev razlogov za zavrnitev moje prošnje, saj moram tudi to argumentirati v magistrskem delu.

Najlepša hvala za odgovor in lep pozdrav.

## **PRILOGA B: VPRAŠANJA ZA INTERVJUANCE in INTERVJUVANKE, KI BIVAJO V STANOVANJSKI SKUPINI ZDRUŽENJA ŠENT**

1. Starost, poklic
2. Kdaj ste bili prvič hospitalizirani v PB<sup>16</sup>?
3. Koliko časa ste že v stanovanjski skupini?
4. Kolikokrat ste bili hospitalizirani v PB in kje?
5. Ste imeli v PB občutek, da ste pod nadzorom, da ste opazovani?
6. Kako je bilo z zasebnostjo v PB?
7. Kakšne so razlike med zaprtimi in odprtimi oddelki v PB, če upoštevate dostop do telefona, interneta, obleko, zaklepanje, varnost?
8. Kako so vaši svojci in širša okolica gledali na vas po hospitalizaciji v PB?
9. Ste imeli kakšne probleme z zaposlitvijo zaradi hospitalizacije v PB?
10. Ste sedaj zaposleni?
11. Kako ste se počutili v PB v primerjavi s stanovanjsko skupino?
12. Se vam zdi, da ste zdaj bolj vključeni v družbo kot prej, da ste tudi bolj aktivni?
13. Kako je hospitalizacija v PB vplivala na vas kot osebo?
14. Kako pa stanovanjska skupina vpliva na vas?
15. Kako se je do vas obnašalo osebje v PB in v stanovanjski skupini?

---

<sup>16</sup> PB je okrajšava za psihiatrično bolnišnico.

16. Ste za ločene oddelke za moške in ženske v PB ali bi vam bolj ustrezali mešani oddelki?
17. Ste opazili kakšne razlike med moškimi in ženskimi oddelki, razen tega, da so na enem moški, na drugem pa ženske?
18. Samo za ženske: se vam zdi, da ste, ker ste ženska, drugače obravnavani pri psihiatrah kot moški?
19. Samo za ženske: Se vam zdi, da ženske prej dobijo diagnozo motnje v duševnem zdravju kot moški, ker naj bi bile bolj občutljive, čustvene?
20. Kako je bilo z zdravljenjem v PB, mislite, da ste jih dobili preveč, so imela katera močne stranske učinke?
21. Kako je z zdravljenjem zdaj?
22. Imate zagovornika za vaše pravice?

## **PRILOGA C: VPRAŠANJA ZA INTERVJUANCE in INTERVJUVANKE, KI SO BILI V ČASU MOJEGA RAZISKOVANJA HOSPITALIZIRANI V PK LJUBLJANA**

1. Starost, poklic
2. Kdaj ste bili prvič hospitalizirani v PB?
3. Zakaj ste trenutno hospitalizirani v PB?
4. Kolikokrat ste bili hospitalizirani v PB in kje?
5. Ste imeli v PB občutek, da ste pod nadzorom, da ste opazovani?
6. Kako vidite zapiranje oziroma zaklenjena vrata v PB?
7. Kako je z zasebnostjo v PB?
8. Kakšne so razlike med zaprtimi in odprtimi oddelki v PB, če upoštevate dostop do telefona, interneta, obleko, zaklepanje, varnost?
9. Obstaja še prostor za osamitve v PK Ljubljana?
10. Se v PB dogajajo kraje npr. denarja, osebnih stvari?
11. Se na oddelkih PB dogaja kakšno nasilje?
12. Ste zadovoljni z zdravljenjem v PB?
13. Kaj bi bilo potrebno spremeniti v PB?
14. Katere službe oziroma oblike pomoči bi bolj ustrezale vašim potrebam?
15. Kako hospitalizacija v PB vpliva na vas kot osebo?
16. O čem najpogosteje razmišljate, ko ste v PB?

17. Kako so vaši svojci in širša okolica gledali na vas po hospitalizaciji v PB?

18. Ste sedaj zaposleni?

19. Ste imeli kakšne probleme z zaposlitvijo zaradi hospitalizacije v PB?

20. Ste kdaj bivali v stanovanjski skupini?

ČE DA:

1. Kako se počutite v PB v primerjavi z bivanjem v stanovanjski skupini?

2. Se vam zdi, da ste bili v stanovanjski skupini bolj vključeni v družbo kot zdaj v PB?

Da ste bili tudi bolj aktivni?

3. Kako je stanovanjska skupina vplivala na vas kot osebo?

4. Razlike med odnosom osebja do vas v PB in v stanovanjski skupini?

21. Ste za ločene oddelke za moške in ženske v PB ali bi vam bolj ustrezali mešani oddelki?

22. Ste opazili kakšne razlike med moškimi in ženskimi oddelki, razen tega, da so na enem moški, na drugem pa ženske?

23. Samo za ženske: se vam zdi, da ste, ker ste ženska, drugače obravnavani pri psihiatru kot moški?

24. Samo za ženske: Se vam zdi, da ženske prej dobijo diagnozo motnje v duševnem zdravju kot moški, ker naj bi bile bolj občutljive, čustvene?

25. Kako je z zdravili v PB, mislite, da jih dobivate preveč? Imajo katera močne stranske učinke?

26. Imate zagovornika za vaše pravice?