

socialno delo

Duševno zdravje v skupnosti
- zagovorništvo -

Socialno delo - časopis za teorijo in prakso

Leto 32/1993

Št. 3-4: *Duševno zdravje v skupnosti - zagovorništvo*

Naslov uredništva

Šaranovičeva 5, 61000 Ljubljana, tel. (061) 311-250, faks (061) 311-132

Glavni in odgovorni urednik

Blaž Mesec

To številko je uredila Tanja Lamovec v sodelovanju z
Odborom za družbeno zaščito norosti

Vse pravice pridržane

Po mnenju Ministrstva za znanost in tehnologijo (415-1/93, 28.1.1993)
sodi ta publikacija med izdelke, za katere se plača 5% davek od prometa

VSEBINA

<u>beseda urednice</u>	3
<u>uvodne misli</u>	
• Vito Flaker: Advocatus diaboli?	5
<u>institucije</u>	
• Janek Musek: Človekove pravice in duševno zdravje	11
• Tanja Lamovec: Sociološki problem izključevanja: avtoriteta, moč in regres	14
• Tanja Lamovec: Provizorično bivanje: doživetje totalne institucije	17
<u>priloga</u>	
• Ritual degradacije	25
• Simptomi duševnega zdravja ali kako se najhitreje rešiš norišnice	26
<u>zagovorništvo</u>	
• Tanja Lamovec, Barbara Čufer: Oblike in razvoj zagovorništva v svetu	27
• Tanja Lamovec, Vito Flaker: Ali v Sloveniji potrebujemo zagovorništvo?	31
• Tanja Lamovec, Vito Flaker: Zagovorništvo v akciji - proces emancipacije	39
• Tilka Kren: "Rešitelj", ki ne preganja svoje "žrtve"	52
<u>priloga</u>	
• "Manj strašna noč je v črne zemlje krili, kot so pod svetlim soncem sužnji dnovi"	56
<u>duševna bolezen</u>	
• Tanja Lamovec: Ali je shizofrenija ozdravljiva?	57
• Tanja Lamovec, Vito Flaker: Kaj je duševna bolezen?	87
• Tanja Lamovec, Teodor Šučur: Kako premagati psihozo (zapiski J. Percevala, 1803- 1876)	93
• Teodor Šučur: Kaj je drugačnost?	108
• Igor Spreizer, Martina Štirn: Vrnitev v stanje pred "duševno boleznijo": sodelovanje z družino (prevod)	117
• Žele Despotovič: Ali je odvisnost od psihotropičnih substanc (psihofarmakov) resnično potrebna? (prevod)	124
<u>priloga</u>	
• Kaj pomeni biti duševni bolnik?	134
<u>zakonodaja o duševnem zdravju</u>	
• Pravice uporabnic in uporabnikov	135
• Franc Dobovičnik: Pravna in poslovna sposobnost, skrbništvo ter varovanje človekovih pravic	137
• Peter Modic: O prisilni hospitalizaciji (pravni predpisi slovenskega pravnega sistema: kratek povzetek)	141
• Božena Pem Bauer: Predlog za spremembo postopka o pridržanju oseb v psihiatričnih zdravstvenih organizacijah	147
• Tomaž Bratuša, Tina Štirn, Teodor Šučur: Ali so naši pravniki pripravljeni zastopati uporabnike psihiatrije?	152

*Pričujoča številka je posvečena
Johnu Thomasu Percevalu
(1803 - 1876),
prvemu znanemu zagovorniku in borcu za pravice
zatiranih v azilih za "duševno bolne",
začetniku fenomenološkega pristopa
na področju duševnega zdravja.*

**"SUBJEKTIVNOSTI NI MOČ STRPATI V
OBJEKTIVNE KATEGORIJE"**

*Roberto Mezzina
Center za duševno zdravje
Barcola, Trst*

**Zahvaljujem se Vitu Flakerju za njegovo neprecenljivo pionirsko delo
na področju duševnega zdravja v skupnosti.**

Urednica



Spoštovani bralci!

Pred vami je že druga posebna številka revije "Socialno delo", ki posega na področje duševnega zdravja. Tokrat je osrednja tema zaščita uporabnikov psihiatričnih ustanov. Ta problematika je bila pri nas doslej izrinjena povsem na rob, z demokratizacijo družbe pa prihaja čas, da o njej odkrito spregovorimo. S to temo smo se prvič srečali v okviru Tempusa - Študija duševnega zdravja v skupnosti, predvsem po zaslugi Davida Brandona.

Prispevki v tej številki so razdeljeni v štiri pomenske sklope. V prvem delu poskušamo predstaviti nekatere najznačilnejše vidike delovanja totalnih institucij, kakršne so tudi duševne bolnišnice. Sestavki obravnavajo dve ravni: raven vsakdanjega doživljanja skozi oči uporabnika, kot tudi pogled skozi prizmo teoretične analize sistema moči in regresa, ki ga proizvaja.

Drugi del opisuje oblike in razvojno pot zagovorništva v svetu in pri nas. Zaradi velikega nesorazmerja moči med uporabniki in vodstvom psihiatričnih ustanov se je v zadnjem desetletju v razvitem svetu pojavila nova dejavnost - zagovorništvo. Njegov namen je varovanje temeljnih človekovih in zakonskih pravic oseb, ki se nahajajo v teh ustanovah. Tudi pri nas v okviru Odbora za družbeno zaščito norosti že dobro leto deluje projektna skupina za zagovorništvo, ki nudi pravno in psiho-socialno pomoč uporabnikom psihiatričnih ustanov. Prizadeva si tudi za posodobitev in demokratizacijo zakonodaje o duševnem zdravju. Zagovorništvo ima tudi pomembno vlogo v procesu emancipacije oziroma resocializacije uporabnikov, saj izolacija in stigmatizacija, ki spremljata sedanje oblike hospitalizacije povzročata uporabnikom precejšnjo škodo v osebnotnem razvoju, predvsem v njihovi samopodobi ter v obliki motivacijskega primanjkljaja.

Tretji tematski sklop se ukvarja s problematiko norosti, ki jo v psihiatričnem jeziku označujemo s pojmom "duševne bolezni". Prispevki podajajo nekatere manj znane ugotovitve tujih avtorjev, ki postavljajo pod vprašaj upravičenost in smotrnost prevladujočega medicinskega modela in njegovega kategorialnega pristopa. Sledijo razmišljanja o možnosti drugačnega gledanja na te pojave ter o drugačnosti nasploh. Med prevodi bi želeli opozoriti predvsem na fenomenološki opis Angleža Percevala, ki je pred več kot sto leti odkril, kako premagati svojo psihozo in je po dolgotrajni borbi dosegel, da so ga končno izpustili iz psihiatrične bolnišnice. Kasneje je ustanovil prvo zagovorniško organizacijo in na podoben način pomagal še mnogim drugim. Po njegovi smrti je zagovorništvo prenehalo delovati za dobrih sto let.

Pozornosti je vreden tudi prevod članka, ki opisuje delo z družino uporabnika ter sestavek, ki zastavlja vprašanje, če je zares nujno potrebno, da postane uporabnik doživljenjsko odvisen od nevroleptikov.

Četrty sklop je posvečen zakonodaji o duševnem zdravju. Kot rezultat enoletnega dela skupine za zagovorništvo je nastal članek, ki obravnava slovensko zakonodajo, napotke za delo zagovornika ter predloge za spremembo zakonodaje. Zavzemamo se za uzakonitev institucije zagovorništva, tako, da bi bil ob vsaki prisilni hospitalizaciji obvezno navzoč tudi zagovornik. Podanih je tudi nekaj podatkov v zvezi z zakonodajo na področju pravne in poslovne sposobnosti ter skrbništva, ki prav tako spadajo v delokrog zagovorništva. Izvedli smo manjšo raziskavo, v kateri smo želeli ugotoviti, v koliki meri so naši pravniki pripravljeni zastopati uporabnike psihiatrije. Rezultati niso preveč spodbudni, kar še dodatno kaže na nujnost uzakonitve zagovorništva pri nas. Na ta način bi bili uporabniki psihiatrije deležni enakih pravic, kot jih imajo osebe, katerim je bila zaradi storitve kaznivega dejanja odvzeta prostost.

Skoraj vse prispevke so napisali, prevedli ali priredili člani Odbora za družbeno zaščito norosti. Poleg urednice so to: Vito Flaker, Peter Modic, Božena Pem Bauer, Brane Dobovičnik, Teodor Šučur, Žele Despotovič, Igor Spreizer, Martina Štirn, Tomaž Bratuša in Barbara Čufer. Vsi ti so se na tej ali oni strani pregrade že osebno srečali s to problematiko, zato je v prispevkih čutiti nekoliko bolj angažiran odnos, kot je običajno za ljudi, ki so samo "strokovnjaki". Osebno menim, da je to sestavkom le v korist, saj se vse pre pogosto srečujemo z navidezno "nevtralnostjo", ki daje lažni videz "objektivnosti".

Pričujoča številka socialnega dela v nekem smislu predstavlja izziv, morda povabilo, da bi na probleme duševnega zdravja in na institucije, ki naj bi zanj skrbele, pogledali na nov, drugačen način. Naš namen ni dajati splošno veljavnih odgovorov, temveč predvsem vzpodbuditi nova vprašanja in razmišljanja, ki prehajajo domet redukcionističnega medicinskega modela. Problematiko norosti bi želeli postaviti v kontekst neobremenjenih razmišljanj o človeku in njegovih temeljnih pravicah, ki so, danes bolj kot kdajkoli prej, preizkusni kamen naše porajajoče se demokracije.

Urednica

Vito Flaker

ADVOCATUS DIABOLI?

Zagovorništvo je praksa, ki se je uveljavila na področju socialnega dela in duševnega zdravja v skupnosti predvsem v zadnjem desetletju. Kot gibanje se napaja iz dediščine antipishiatričnih gibanj iz 60-tih in 70-tih, hkrati pa tudi iz re-artikulacije problema človekovih pravic v osemdestih. In vendar so korenine skoraj toliko stare, kot je staro vprašanje človekovih pravic in nastanka psihiatrične institucije, se pravi slabih 200 let. Prve oblike zagovorništva so se namreč pojavile v devetnajetem stoletju, tako rekoč takoj po nastanku psihiatričnih azilov in deklaraciji človekovih pravic. Eden prvih zagovornikov ter reformistov in ustanovitelj Društva prijateljev dozdevnih lunatikov, kakor bi lahko prevedli Alleged Lunatic's Friends Society, je bil sir John Perceval, ki je bil tudi sam zaprt v norišnici v letih med 1832 in 1834. Društvo je ustanovil leta 1845. Z vero v angleško pravico si je prizadeval, da bi razkrinkal zlorabe in torturo v angleških azilih, obiskoval zaprte in v nekaterih primerih dosegel izpustitev ter si prizadeval s pomočjo parlamentarnih preiskav in zaslišanj spremeniti sistem skrbi iz azilskega v skupnostnega. Podobna gibanja so v istem času nastala tudi drugod (v Združenih državah in v Franciji).

Kljub razvoju, ki ga je od svojega nastanka v 200 letih naredila psihiatrija, so teme sodobnega zagovorništva zelo podobne tistim, ki jim je sledil Perceval. Gre za temeljni paradoks, ki ga proizvede medigra med procesom zapiranja in vzpostavljanjem pravic, saj je prav razreševanje tega protislovja proizvedlo institucijo duševne bolezni in statusa duševnega bolnika ter psihiatrijo kot stroko.

Sistematično zapiranje norcev, skupaj z drugimi deli prebivalstva (potepuhi, brezdelneži, zločinci, berači, odsluženimi vojaki, sirotami itn.), ki so ogrožali **javni red in mir**, se je začelo v 17. stoletju. Etično čiščenje, ki ga je Foucault poimenoval "Veliko zapiranje" (grand enferment), je izvajal razsvetljeni vladar skupaj z mestnimi oblastmi, namen pa je bil racionalno organizirati mestno življenje in med drugim, tudi omogočiti "kraljevski mir" delovnim podložnikom njegovega veličanstva. Ti odpadki zgodnje industrializacije so bili internirani v ustanove splošnega tipa (L'Hospital generale, workhouse, zuchthaus, ubožnica ipd.) Prav te institucije, ki so neke vrste prainstitucije za vse vrste totalnih ustanov, ki jih danes poznamo, so postale v času meščanske revolucije simboli suverenove samovolje in poljubnega zapiranja, grožnja

svobodi in avtonomnosti in tako tudi tarča kritike in včasih tudi neposredne revolucionarne akcije (Bastille).

In vendar se meščanski revoluciji ni posrečilo odpraviti zapiranja. Podobno kot za kaznovalno politiko opisuje, Foucault v *Nadzorovanju in kaznovanju*, je inerca zapiranja prevladala tudi na področju obravnavanja norosti. Pinelovo "osvobajanje" norcev iz temnic, ki je ena izmed ikon slehernega uvodnega zgodovinskega poglavja psihiatričnih učbenikov in za katerega Foucault zlobno pripominja, da se je zgodilo po pritožbi kriminalcev, da ne morejo biti zaprti skupaj z norci, je bila le nova artikulacija zapiranja in začetek razcveta specializiranih totalnih ustanov iz ene splošne.

Kajti v srcu zanimanja nove meščanske družbe so pogodbeni odnosi oz. kako ustvariti vsaj fikcijo, da je nova družba pogodbeni. In to potegne za sabo vprašanje, kako obravnavati tiste dele prebivalstva, ki v pogodbene odnose ne vstopajo, jih kršijo itn. Castel jih našteje pet, ki so jih takrat zaznali in se z njimi ukvarjali: zločince, otroke, brezdolneže, proletariat in norce. Če se za zločince proglasi njihova odgovornost za zavestno kršenje pravil, odvzem prostosti kot plačilo za delikte in korekcija kot utopija ponovnega vzpostavljanja pogodbene zmožnosti, za otroke skrbništvo staršev "v spregi" z družinsko zakonodajo in politiko države, za reveže javna dobrodelnost in filantropija (kot zametki socialnih služb) skupaj z ubožnicami, za proletariat fikcija dela kot blaga, s katerim stopa v pogodbene odnose, je norec tista figura, ki se vztrajno izmika "racionalnim izmenjavam", ki jih zahteva predpostavka pogodbenosti.

Trikotnik pacient, psihiater in azil je šiv, s katerim se je posrečilo meščanski družbi zakrpati pravno državo, ki temelji na ideji pogodbene družbe. V tem smislu je zdravnik zapolnil vrzel in zasedel nikogaršnjo zemljo, ki je nastala med družino in državo, in omogočil, da so nori ostali zaprti legalno, vendar sedaj z medicinskim opravičilom in spričevalom. S tem so nadomestili arbitrarno zapiranje, ki ga je omogočal prejšnji režim. Suverenovo skrb za javni red je nadomestila "znanstvena skrb za zdravje" ter utopija zdraviteljskih zmožnosti azila.

Nezmožnost meščanske revolucije, da se izogne zapiranju, je ohranila zapiranje norosti kot model obravnave in kot konstitutivni element človeških pravic za naslednjih 200 let. Tako lahko pridemo do sklepa, da so krivice, ki se godijo ljudem v duševni stiski, del modernega pojma človekovih pravic. S svojo navzočnostjo pa opozarjajo na pravilnost marksistične teze, da so univerzalne človekove pravice ideološki in abstrakten konstrukt, ki dajejo pravice tistim, ki jih že imajo, in zameglijo krivice, ki se že tako dogajajo. Skratka,

psihiatrizacija norosti je prinesla pravno regulacijo njenega zapiranja, ji določila skrbništvo ter skozi vlogo pacienta vzpostavila (fiktivno) utopijo norca kot možnega pogodbenega subjekta.

Spisek deviantov in kršilcev norm, ki zagotavljajo nemoteno delovanje pogodbene družbe, se je v naslednjih dveh stoletjih razvejal na več različnih skupin, vključujoč ženske, homoseksualce, uživalce mamil, duševno in telesno prizadete, alkoholike, samomorilce, mladoletne prestopnike itn. Gledano iz zornega kota pogodbene sposobnosti, pa niso njihova dejanja tista, ki jih diskvalificirajo, temveč, kot je poudaril Goffman, gre za tip človeka, ki ga predstavljajo oz.: ne gre za njegovo dejansko, temveč virtualno identiteto. Ko vstopamo v pogodbene odnose, nas namreč zanima, ali je drugi take vrste človek, ki je zmožen pogodbene obveznosti izpolniti. In pri tem je seveda etiketa oz. stigma tista, ki drugega diskvalificira, mu odvzame pogodbeno moč.

Razlikovanje med primarnimi in sekundarnimi deviacijami nam tudi govori o tem, da obstajajo dejanja, ki sicer kršijo norme, vendar družba nanje (še) ne reagira, in tista, ki so označena za deviantna in tudi storilca označujejo. Tako bi lahko rekli, da so slednja hkrati znak in alibi za označevanje. Tako na primer pitje označuje pijanca; in ko bo nehal piti, se bo mogoče z njim pogovarjati. Tako za vsak tip devianta obstaja tipično vedenje ali dejanje, ki simbolizira njegov odklon. Prisotnost oz. odsotnost tega pa manjša oz. večja njegovo pogodbeno moč, njegov kredit. In kaj je tisto pri norosti?

V vsakdanjem življenju so razločujoči znak norosti blodnje. Kot je Rosenhanov eksperiment pokazal, je zadosti, da nekdo izjavi, da sliši glasove, da ga diagnosticirajo kot shizofrenika ter da preživi nekaj časa v duševni bolnišnici. Blodnje so, kot že sam izraz pove, deviacija od vsakdanjega načina mišljenja. Pa vendar veliko ljudi doživlja take spremembe zavesti, ne da bi bili hospitalizirani ali označeni za duševne bolnike. Hkrati pa tudi blodnje niso nujen pogoj za tako družbeno reakcijo. Kaj je torej tisti moment, ki to družbeno reakcijo sproži? Scheff pravi, da je duševna bolezen rezidualna deviantnost. S tem misli na to, da pri ostalih deviacijah etiketi ustreza poseben tip dejanj, medtem ko je spekter dejanj, ki sprožijo etiketiranje duševnega bolnika, zelo difuzen. Njegova teza je, da je norost vsa tista deviantnost, ki je ni moč drugače označiti, ki ne pripada določenemu razredu deliktov oz. difuznim deliktom vsakdanjega življenja. Oziroma: v duševno bolnišnico pridejo (oz. jih pošljejo) tisti, ki niso storili nič tako specifičnega, da bi jih mogli kako drugače obravnavati, ali pa tisti, katerih splošna neustreznost za življenje je v ureditvi vsakdanjika tolikšna, da zasenči vse ostale delikte. V tem smislu bi lahko rekli, da je norost kraljica odklonskosti.

Goffman je bolj specifičen. Po njegovem je etiketiranje duševne bolezni reakcija na kršenje vsakdanjih norm javnega reda in mira. Gre za pravila, ki veljajo v vsakdanjih srečanjih med akterji, ki se srečujejo na bolj ali manj javnih prostorih, ko se ljudje zberejo ob različnih družbenih in tudi družabnih priložnostih. Dobri del Goffmanovega opusa je posvečen prav odkrivanju pravil, ki veljajo v socialnih situacijah glede razmejitve prostora, razpoložljivosti, obzira, obnašanja, drže, gest in zavzetosti. In prav neustreznost vedenja v takšnih situacijah je simptomatična za ljudi, ki jih imamo za psihotične. Drugačna definicija situacije, neupoštevanje mej, pomanjkanje videza, da bi bili zares pri stvari, neobzirnost in nevidenost, neizkazovanje spoštovanja in neustrezno obnašanje so delikti, ki ponavadi pripeljejo do namestitve v duševni bolnici. Etiketa duševnega bolnika je torej simptom neupoštevanja pravil, ki veljajo v prometu ritualnih interakcij med udeleženci situacij, v katerih se ljudje neposredno srečujejo. To so norme, ki so zapisane v bontonih in ki jim pravimo včasih olika, so pa ponavadi zelo fleksibilne in glede na situacijo spremenljive in večinoma neformalizirane. Pomembne so pa za "ohranitev obraza", se pravi za vzdrževanje želene podobe o sebi za druge in "identitetne varnosti". Kajti posameznik se potrjuje kot posameznik prav v tovrstnih interakcijah in mora biti v njih primerno zavarovan.

Če tako velja v javnosti, kako je potem v bolj intimnih zaokroženih situacijah? Gotovo drži, da so v domačem krogu pravila bolj sproščena, standardi nižji, vendar še vedno obstajajo. Za gospodinjstva v zahodnih družbah velja, da imajo svojo zunanjo podobo in zakulisje, tako kot ima moderno stanovanje poleg predsobe in dnevne sobe (sprejemnice), tudi ropotarnico in stranišče. In čeprav javni pogled sega prav do konca gospodinstva, so temelji druženja v gospodinjstvu drugačni. V gospodinjstvu se namreč križajo predstavitveni elementi javnega življenja s preživetvenimi nalogami. Od sodobnega avtonomnega posameznika se pričakuje, da bo znal skrbeti zase, da se bo redno hranil, da bo imel pospravljeno stanovanje, urejeno zunanost, urejen urnik spanja itn, ne glede na to, ali živi sam ali v sožitju z drugimi. Vsaj na vsakdanji ravni so neupoštevanja teh standardov znanilci, da je s človekom nekaj narobe, verjetno je duševno bolan: neurejen izgled in zanemarjenost, neješčost, razmetano stanovanje ... Hkrati pa to pomeni kršenje gospodinjskega reda meščanske družbe. Družinska dinamika avtonomnosti in odvisnosti, podrejanja in upora se najbolj realizira prav pri gospodinjskih opravilih in ceremonijah, ki gospodinjstvo vzdržujejo.

Vidimo torej, da je obseg delovanja zagovorništva širok. Zajema od splošnih in abstraktnih tem človeških pravic, preko kritike institucij, do nesporazumov v dnevnih stikih in gospodinskih stisk. Če so bile bolj spektakularne dimenzije

zagovorništva boj za pravice in kritike v uporabniških in zagovorniških skupinah - dodobra predstavljene, pa so tiste bolj vsakdanje ostale v senci in so izziv teoriji in praksi zagovorništva. Tu si lahko pomagamo s simboličnim interakcionizmom, še posebej s tistimi Goffmanovimi deli, ki so posvečena predstavitvenim interakcijam v javnih prostorih. Goffman se je ob svojem delu po eni strani opiral na priročnike bontona, po drugi pa na izkušnje iz duševne bolnišnice in iz življenja deviantov. V prvih je iskal jasno artikulirana pravila, v drugih pa je spoznaval implicitna pravila s pomočjo njihovih kršitev. Zagovorništvo lahko uporabi podobne prijeme in tudi dognanja interakcionizma, vendar pa je vprašanje, ki si ga zagovorništvo postavlja, drugačno. Če je interakcionizmu kot sociološki smeri šlo za razumevanje in razlaganje neposrednih srečanj med ljudmi, pa se zagovorništvo sprašuje, kaj narediti in kako omogočiti, da ne bodo nekateri (tisti, ki jih zagovarjamo) potegnili "ta kratko". V tem je tudi paradigmataska razlika med socialnim delom in sociologijo.

Spoznavno akcijski projekt zagovorništva na področju vsakdanjika je torej, kako *delovati* v situacijah, ki so izključevalne, poniževalne in diskreditirajoče. Tukaj lahko podam le nekaj provizoričnih smernic, ki so nastale na podlagi neposrednih izkušenj in lastnih razmišljanj.

1. **Drseče, konkretne in običajne oznake.** Če nenavadnim dogodkom in duševnim stanjem damo oznake, ki so čim bolj navadne (npr. dobil živčni zlom, "utrvalo se mu je") in ki hkrati niso kategorialne (v smislu, da s tem človek nujno pripada neki skupini ljudi in bolj govorijo o procesih, ki so minljivi in spremenljivi), smo na dobri poti, da injiciramo v interakcijo nekaj protistrupa zoper morbidnost stigmatizacije in etiketiranja. Če se nam to posreči narediti tudi še na karseda opisen način, ki bo vseboval tudi videnje prizadetega, smo storili še več.
2. **Več spoštovanja in obzira.** Spoštovanje in obzir sta druga plat primernega vedenja. Ljudje, stisnjeni ob zid, se često vedejo neprimerno situaciji, ker jim drugi ne izkazujejo niti običajnega obzira in spoštovanja (npr. v totalnih ustanovah). Že zgolj fizična prisotnost zagovornika lahko spodbudi tiste, ki sicer nekoga obravnavajo kot neosebo, k večjemu spoštovanju in obzirnosti.
3. **Učenje socialnih spretnosti.** Tukaj smo pri bontonu. Včasih se zgodi, da kdo ne pozna konvencij družbenega ali uradnega srečevanja in občevanja. Zagovornik lahko svojemu varovancu razloži, kakšne so definicije posameznih srečanj, logika posameznih dogodkov in priložnosti, kakšne

konvencije vladajo v določenih situacijah. Če je treba, jih lahko vadi in si tako tudi pridobiva ustrezno distanco, ki je potrebna za igranje takih vlog.

4. Provokacija. Zagovornik lahko prevzame nase odgovornost za neko provokativno ali neustrezno dejanje, ga celo namenoma ali spontano sam izvede, tako da pokaže, da to ni nujno znak "poslabšanega stanja" oz. razlog za diskreditacijo. Včasih provokantno in neustrezno vedenje izgubi svoj alarmantni naboj, če akterja nekdo spremlja, saj je to znak občinstvu, da je norost vključena v nek odnos. V tem smislu ima zagovornik vlogo blažilca.

5. Pogodbe. Sklepanje pogodb med varovancem in drugimi akterji v situacijah, ki se jih udeležuje, pomaga pri razvozlanju nesporazumov, jasnemu artikuliranju pričakovanj ipd., še več, ob pričevanju zagovornika da njegovemu varovancu status pogodbene stranke in mu dobesedno večja pogodbeno moč. Te pogodbe so lahko včasih zelo drobne gospodinske zadeve.

6. Dedramatizacija. Situacije zagovorništva so često preplavljene s čustvi, strastjo in patosom. Zagovorniku ni treba te dimenzije srečanja zanikati, da bi "umiril žogo". Lahko ponudi udeležencem situacije tudi manj dramatičen obraz situacije. Pri tem je koristen humor in praktična naravnost.

To je le nekaj nanizanih idej, kako lahko deluje zagovornik v vsakdanjih nevsakdanjih srečanjih. Vračanje k vsakdanjosti je nekakšna nuja zagovorništva in čeprav se zdi posameznost in nenavadnost norosti tuja vsakdanjiku, imata nekaj, kar ju družijo: odsotnost dvoma. In morda ju prav ta lahko poveže.

Janek Musek

ČLOVEKOVE PRAVICE IN DUŠEVNO ZDRAVJE

Pojem človeških (človečanskih) pravic še ni tako zelo star, vsekakor pa ni univerzalen. Ne pojavlja se v vseh dobah in v vseh kulturah. Zgodovinsko gledano je celo dokaj omejen, saj se v polni meri pojavlja le v evropski, oziroma zahodni kulturni tradiciji, in še to ne tako zelo dolgo. To se sliši kar nekam presenetljivo, če pomislimo, da zavest o človeškem dostojanstvu in z njim povezanih pravicah, upravičeno štejemo za enega od vrhuncev človekovega samorazumevanja in za najvišji domet njegovega civilizacijskega razvoja. Prav gotovo (in to povsem upravičeno) ga štejemo za temeljno podlago in značilnost moderne demokratične družbe.

Če se vprašamo, odkod takšno pojmovanje človeka, njegovega dostojanstva in njegovih pravic v zahodni kulturi, potem se moramo vprašati, na katerih kulturnih tradicijah se je oblikovala. Prva med njimi je gotovo antična kultura. Ob vseh svojih protislovnostih je ideja demokratičnosti zavestno - deklarativno le zrasla v antičnih Atenah. Utemeljitev demokratičnega reda in njegove nadmočnosti, kot jo najdemo v Periklovih govorih, bi bile v čast tudi mnogo mlajšim poznejšim avtorjem deklaracij o človečanskih pravicah. Tudi rimsko pravo je prispevalo svoje, namreč uveljavljavitev splošnega spoštovanja državljskih pravic in svoboščin v okviru legitimitete tistega, čemur pravimo danes pravna država in kar se je v zgodovini prvokrat pojavilo v Rimu.

Naslednji pomembni prispevek je dala krščanska tradicija. Po njej je človek osebnostno bitje, ustvarjeno po božji podobi. V očeh krščanstva je osebnostni način bivanja odlikovan že zato, ker pomeni podobo božje eksistence - Bog je osebnostni način bivanja odlikovan že zato, ker pomeni podobo božje eksistence - Bog je najvišja osebnost. Tudi človek je (že) osebnost, ne pa žival, in preko te podobnosti gre tudi njemu kot osebnostnemu bitju posebno dostojanstvo in to brez omejitev in izjem. Pred Bogom smo vsi enaki, revni in bogati, beli in črni, svobodni in sužnji.

Na podlagi teh tradicij je prišlo v novem veku, ob dokončnem vstopu meščanstva v svetovno zgodovino, do naslednjega pomembnega koraka. V novem veku je pojem osebnosti, s tem pa tudi pojmovanja človeka in njegovih pravic, doseglo novo stopnjo. Novoveška miselnost je postavila pojem človekove osebnosti in njegovega dostojanstva v ospredje še na drug način. Evropska

kultura pojmuje osebnost kot vrednoto po sebi. Osebnost in človek sta vrednota sama po sebi, dostojanstvo jima pritiče po sebi in ne le zaradi božjih namenov s človekom. To pomembno potezo je določno utrdila razsvetljenska miselnost, ta pa nima pravega vzporedja v drugih kulturah. Vrednotno pojmovanje človekove osebnosti, njene individualnosti in svobode je znak zahodne evropske kulture in enakega vrednotenja osebnosti drugje ne najdemo, razen seveda tam, kamor je prodrl vpliv zahodne miselnosti. S takim pojmovanjem osebnosti je tesno povezano tudi pojmovanje človekovih pravic in svoboščin. Zaradi osebnostnega dostojanstva gredo vsakemu človeku po naravi vse osebne pravice, nikomur jih ne smemo odrekati in nihče ni po naravi bolj upravičen do njih, kot so tudi drugi.

Ob vsem tem je zanimivo ugotoviti, da je taista miselnost hkrati znala poskrbeti za nekaj, kar bi lahko označili kot sistematično kršenje temeljnih človekovih pravic. To je slišati protislovno. Višje cilje, kot si jih je postavila, bolj jih je z napačnimi sredstvi spreminjala v svoje nasprotje, pozabljač, da lahko neustrezna sredstva pomenijo kršenja prav tistih ciljev, ki jih z njimi želimo doseči. Ni presenetljivo protislovje, da je prav tista kultura in civilizacija, ki je edina postavila za svoje načelo dostojanstvo človekovega življenja, pobila največ človeških življenj in jih še pobija? Cele kategorije ljudi je kultura v praksi in tudi v zakonih opredelila kot izjeme, ki jim te človekove pravice vendarle ne gredo, vsaj ne v celoti. In to niso bile samo marginalne skupine. Začnemo lahko pri otrocih, ženskah, upokojencih, vojaki in še nato marginalnih skupinah. Zajeta pa je bila tudi odrasla populacija. Tu sta kriminaliziranje in psihiatriziranje (oz. hospitaliziranje) postali glavna podlaga za opredelitev vsega tistega, čemur temeljne pravice v popolnosti vendarle ne gredo.

Kot da se je zahodna civilizacija znašla v situaciji, ko se je s splošnim deklariranjem človekovih pravic odločila za preveč velik zalogaj in je za to primorana nadzirati uporabljanje teh pravic. Še več, primorana je bila ustanavljati niz institucij, ki naj skrbijo za vse kategorije ljudi, ki jim je treba te pravice priznati le delno in nad katerimi je potrebno uvesti nadzor, da jim bo družba lahko omogočila "človeka vredno življenje", seveda v obsegu, ki ga načelna omejitev pravic dopušča.

A če se vprašamo, kako naj ocenjujemo omejevanje človekovih pravic, potem vseeno mislim, da moramo poseči globlje od običajnega zgražanja in obsojanja. Je človek po sebi vreden tega dostojanstva, ki mu ga novoveška zahodna civilizacija načelno pripisuje? Nista človekova vrednost in njegovo dostojanstvo bolj vrsta poslanstva kot goli potencial? Odtehta ju predvsem to, kaj človek naredi iz sebe in kako to naredi.

Če pa je tako, potem človekovo dostojanstvo ni utemeljeno samo na svobodi, ampak tudi na odgovornosti, ne samo na pravicah, ampak tudi na dolžnostih. Ni dostojanstva, če ni svobode, a ga tudi ni, če ni odgovornosti. Ne more biti pravic, če ni dolžnosti. In kakorkoli se upravičeno zgražamo nad vsakovrstno represijo in kratenjem pravic, imamo tudi pravico zgražati se nad neodgovornim izkoriščanjem pravic. Kaj pomenijo dostojanstvo, pravice in svoboščine, če jih z neodgovornostjo zapravljamo in zlorabljam?

Res je, človeku ne more nihče odreči vrednosti, dostojanstva. Nihče nima pravice, da bi to storil nekomu drugemu. Toda človek sam se lahko odreče svojemu dostojanstvu, lahko ga z neodgovornim ravnanjem potepta. In rad bi opozoril na napako civilizacijskih institucij, ki delujejo predvsem kot institucije nadzora. Ob tem radi vidimo njihov represivni učinek, spregledamo pa drugo pomanjkljivost, ki je enako negativna, namreč nemoč in celo nepripravljenost, da bi človeku, ki iz katerega koli razloga ni kos svoji odgovornosti, dala več možnosti, da se za to usposobi. In bojim se, da za enakimi simptomi bolehajo institucije pomoči. Ne gre samo za nadzor v omejevanju, ampak tudi za *sistematično odvrčanje od odgovornosti*, ki se je zalezlo v pore sodobne civilizacije. Ne gre samo za pomoč v smislu razumevanja in pojasnjevanja neodgovornih ravnanj (od nevrotičnih, do kriminalnih), ampak tudi za "pomoč" v smislu onespособljanja za prevzemanje odgovornosti. To pa ni več nobena pomoč, kaj šele varovanje človeka dostojnega življenja. Zares demokratična, svobodna in strpna je lahko samo družba, ki ljudem omogoča, da v svoji različnosti so in ostanejo odgovorni ter živijo po svoji vesti.

Tanja Lamovec

**SOCIOLOŠKI PROBLEM IZKLJUČEVANJA:
AVTORITETA, MOČ IN REGRES
(povzetek)**

V tem poglavju predstavljam enega od člankov, ki jih je napisal Franco Basaglia v letih 1953 - 1968. Sestavek je nekoliko skrajšan, poskušala pa sem ohraniti izvirne formulacije. Kot že naslov pove, obravnava socialne vidike duševne bolezni, predvsem učinke institucionalizacije in odnos širše družbe do duševno bolnih. Avtor pravi takole -

"Če izhajamo iz institucionalne izključenosti, v katero je družba potisnila bolnika, lahko zaključimo, da je institucija problem bolnika rešila negativno, z izključitvijo iz socialne tekme in ga s tem oropala njegove človeškosti. Živeč nerazumljen, kot psihopatološki fenomen, kot socio-biološki spaček, je bolnik izključen v dvojnem smislu:

- Znanost ga obravnava kot neko nerazumljivo entiteto, ki jo mora, da ne bi bila prisiljena spoznati svoje nemoči, negirati s fantazmatskim pristopom k bolezni.
- Zaradi nerazumljenosti je kot človeško bitje socialno izključen."

Zato tudi so norišnice na obrobjih mest, v izoliranih predelih, kar daje občutek ločenosti, limite. Lik duševnega bolnika je podoba, ki jo je treba držati v primerni razdalji, da ne bi motil ritma družbe, ki potrebuje širna prostranstva za svoje agresivne podvige. Ta potreba ločevati, izolirati duševne bolnike, jim obrniti hrbet, je izraz šibkosti in majhnosti družbe, ki skuša odstraniti vse, kar omejuje njeno ekspanzivnost in se pri tem ne zaveda odgovornosti, ki jo ima.

Problem duševnega bolnika poskuša reševati zunaj družbe, pri čemer je žrtev tista, ki mora plačati vso škodo. Klasificirana in opredeljena kot nerazumljiva in zato nevarna, predstavlja resno socialno nevarnost. Ta družba, polna nezaupanja in pesimizma v odnosu do duševne bolezni, gradi zidove norišnic.

Razmere lahko na kratko opišemo takole: duševne bolnike izolirajo v posebne zgradbe, kjer jih nadzorujejo psihiatri in tako branijo družbo pred duševno bolnimi. Dandanes družba zahteva od psihiatrov tudi, da bolnike ozdravijo. Ozdravitev pa ni mogoča, če se izvaja v ozračju strahu, represije, potrebe po obrambi in nadzoru, to je v ozračju, v kakršnem družba kot tudi psihiatrija

živi. Ozdravitev je možna le, če je usmerjena na ponovno osvojitve izgubljene svobode, stvarne individualnosti. To pa je ravno nasprotno od nadzora, ločevanja, izdvajanja.

Norišnice so v zgodovinskem smislu nastale za obrambo zdravih. Podoba duševnega bolnika, kot ga vidimo danes v naših institucijah, je lik zatiranega in popredmetenega človeka, kajti organizacija in učinkovitost delovanja sta vedno pomembnejši od njegove rehabilitacije in resocializacije.

V trenutku svoje izključitve iz družbe je bolniku, že tako močno ranljivemu zaradi njegove bolezni, vsiljena še druga dimenzija. Zaradi dobrega delovanja ustanove, lažjega dela njenih uslužbencev, je prisiljen postopno žrtvovati vse, kar je v njem še ostalo osebnega in živega. Začne se moralna kariera institucionaliziranja, kot jo pretresljivo opisuje Goffman v "Asylums". Osebnost teh oseb se vedno bolj zožuje, izgubljajo prejšnje interese, povsem se prepustijo pobudam okolja, pretrgajo vse vezi s prejšnjim življenjem, ki jim tako ne pripada več, kot tudi s prihodnostjo, za katero nimajo več nikakršnih načrtov. Prilagodijo se pravilom institucije, ne glede na to, kako mučna in poniževalna so. Kot samo po sebi umevno sprejmejo izgubo svoje individualnosti, svojega človeškega dostojanstva in še zadnjih ostankov avtonomije in odgovornosti.

Vse te znake pogosto zamenjujejo s simptomi bolezni. Primeri oseb, ki so jih uspešno resocializirali, so pokazali, da to niso znaki bolezni. Apatija, nezainteresiranost, počasno, brezciljno sprehajanje, ponavljajoče se ali ritmično gibanje, uslužno obnašanje domače živali, stereotipne pritožbe, izgubljeni pogledi, ki nimajo kaj gledati, prazne duše, ki nimajo cilja, h kateremu bi stremele... To so le nekateri vidiki sindroma, ki pomeni počasno in nenaravno usihanje notranje moči, regres, v katerega zapadejo osebe, ki so žrtve izničenja svoje individualnosti kot posledice življenja v instituciji.

"Idealni" pacient je, paradoksalno, tisti, katerega individualnost je v procesu institucionalne kariere povsem uničena. Je čisto krotek in vedno na voljo zdravnikom in osebju, pusti se oblačiti in umivati, ne da bi mignil, pusti, da ga pregledujejo, kot vsako jutro pregledajo njegovo sobo. To je bolnik, ki ne povzroča komplikacij s svojimi osebnimi reakcijami, temveč se povsem prepusti avtoritetam, ki ga nadzorujejo. Tak je pacient, za katerega z zadovoljstvom pravijo, da se je "dobro prilagodil" na okolje in, da "sodeluje" z osebjem. Tak pacient kot človek ne obstaja več. Če potem ta isti človek, ki ni nevaren ne drugim, ne sebi, dobi možnost, da se vrne v skupnost, bo odkril, da tam zanj ni mesta. Prisiljen se je bil odpovedati sebi in se je navadil, da ne računa več nase.

"Predstavljajte si človeka, ki so mu vzeli vse ljubljene osebe, njegovo hišo, navade, obleke, dobesedno vse, kar je imel. Postal bo votel človek, kateremu ostane le še trpljenje in je pozabil na dostojanstvo. Potem se zgodi tisto, kar se pogosto zgodi tistemu, ki je izgubil vse: izgubi še samega sebe." Te besede je zapisal P. Levi v nacističnem koncentracijskem taborišču, prav dobro pa označujejo tudi stanje osebe, institucionalirane v psihiatrični ustanovi. Proces obubožanja osebnosti je povsem enak. Apatija, nezainteresiranost, izguba senzibilnosti, vse to so načini obrambe pred nevzdržnim pritiskom okolja, ki ga najprej izključi in postopno izniči. Edina možnost, ki jo ima tako bolnik kot interniranec, je, da se upre neznosnosti teh doživetij in ne zbeži v pozabo, temveč se zavestno odloči živeti kot izključenec.

Družba, v kateri živimo, ščiti svoje državljane pred vsem, kar bi lahko porušilo njeno ravnotežje. V trenutku, ko nekoga označijo kot duševno bolnega, družba do njega ne priznava nobene odgovornosti več. Isti državljani, v katerega imenu se je prej bojevala, je v njenih očeh zdaj izgubil vsako pravico do obrambe, s tem, ko je stopil na drugo stran, onstran bariere, ki loči tiste, od katerih se želi družba zaščititi.

Viri:

Basaglia F. (1981), Scritti I.: 1953 - 1968 Dalla psichiatria fenomenologica all'esperienza di Gorizia, Torino, Giulio Einaudi

Tanja Lamovec

PROVIZORIČNO BIVANJE: DOŽIVETJE TOTALNE INSTITUCIJE

Kako se zrcali vsakdan duševne bolnišnice v duši povprečnega uporabnika? Kdor ni bil nikdar v duševni bolnišnici, si običajno ustvari napačno podobo, ko si predstavlja bolnišnično življenje hkrati sentimentalno ljubko in znosno ter ne sluti vsestransko trdega boja za obstanek.

Neradi govorimo o našem doživetju. Kdor je bil v bolnišnici, temu ni treba pojasnjevati, kdor pa ni bil tam, ne bo mogel nikoli razumeti, kako nam je bilo pri srcu in pri duši.

Znanost zahteva razdaljo. Toda, ali je imel tisti, ki je bolnišnično življenje sam doživljal, med svojim doživljanjem, potrebno razdaljo? Kdor tega ni doživljal, ima razdaljo, toda ima preveliko razdaljo, stoji preveč zunaj doživljajskega toka, da bi mogel priti do kakršnih koli veljavnih ugotovitev. Kdor pa stoji v toku, ima morda premalo razdalje, da bi mogel objektivno presojati - toda samo on pozna dogodek, za katerega gre. Seveda ni le možno, marveč celo verjetno, da je merilo, s katerim merimo stvari, zmaličeno. Tega ne moremo izključiti. Zato lahko mirno prepustim drugim, da moje poročilo destilirajo ter iz pričujočega izvlečka subjektivnih doživljanjev napravijo objektivne teorije.

Če poskušamo spraviti v red množstvo materiala samoopazovanj in tujih zapažanj, vsoto izkustev in doživetij iz duševne bolnišnice, ter jih grobo razdeliti, potem lahko v duševnih reakcijah uporabnika razlikujemo tri obdobja: obdobje sprejema v bolnišnico, obdobje pravega bolnišničnega življenja ter obdobje po odpustu.

Za prvo obdobje je značilen šok ob sprejemu. Kakor utopljenec za bilko slame, tako se oklepa moj optimizem. Psihijatrija pozna bolezensko sliko t.i. pomilostitvene blodnje: na smrt obsojeni si začne prav v zadnjem trenutku, neposredno pred usmrtnitvijo, domišljati, da ga bodo vendarle pomilostili. Tako smo se tudi mi do zadnjega trenutka oklepali upov in menili, da ne more biti tako hudo.

Čakamo v predprostoru za preoblačenje. Med nami so še, ki si upajo vprašati, ali bi smeli obdržati vsaj zakonski prstan ali obesek, talisman, spominček. Nihče še ne more prav verjeti, da nam bodo vzeli dobesedno vse. Tedaj sem

spoznal, kako je s temi stvarmi. Storim to, kar je pomenilo vrhunec psiholoških reakcij v tem obdobju: *napravim črto čez vse svoje dotedanje življenje.*

"V dveh minutah se morate čisto sleči! Vse pustite na mestu, ničesar ne smete vzeti s seboj!" V neizmerni naglici si ljudje trgajo s telesa vse, kar imajo na sebi. Kolikor bolj se bliža konec roka, toliko bolj nervozno in nemočno vlečejo za kose obleke, perila... Medtem ko še čakamo na prho, doživimo svojo nagoto: da, sedaj zares nimamo ničesar, razen tega nagega telesa, da, odslej nimamo več ničesar razen našega dobresedno *golega bivanja.*

Tako se je stopilo slepilo za slepilom, ki bi jih ta ali oni med nami ohranil. Sedaj pa se večine od nas poloti nekaj nepričakovanega - obešenjaški humor! Vemo, da ne moremo izgubiti ničesar več, razen tega smešno nagega življenja. Že med prhanjem smo si prizadevali, da bi se norčevali najprej iz sebe, potem pa tudi iz drugih.

Poleg obešenjaškega humorja se nas loteva še drugo čustvo - radovednost. Bili smo radovedni, kaj vse se bo zgodilo in kakšne bodo posledice. Radovednost zamenja v naslednjih dneh presenečenje. Sami smo si vedno znova domišljali, da bi tega ali onega ne zmogli storiti ali opustiti, ne bi mogel spati, če..., ne bi mogel živeti brez... Če bi nas takrat vprašali o tem, če in kolikor drži, da se človek na vse navadi, bi odvrnili: Da, toda ne vprašajte nas, kako!

Kdor pri nekaterih rečeh ne izgubi pameti, je nima kaj izgubiti. V nenormalni situaciji je nenormalna reakcija normalno vedenje. Tudi kot psihiatri pričakujemo, da bo človek, kolikor bolj je normalen, toliko bolj nenormalno reagiral na dejstvo, da je zašel v nenormalno situacijo. Reakcija na sprejem v duševno bolnišnico je nenormalno stanje, ki je po svoje normalna in, kot se bo pokazalo, tipična duševna reakcija, kolikor jo gledamo v povezavi z dano situacijo.

Načini odzivov, kot smo jih opisali, se začno v nekaj dneh spreminjati. Po prvem šoku zdrsi uporabnik v drugo obdobje, v obdobje relativne *apatije*. Polagoma pride do notranjega odmiranja. Novinec doživi še druge duševne vzgibe, ki jih začenja v sebi zatirati. Tu je predvsem brezmejno hrepenenje po svojih ljudeh doma. Hrepenenje, ki je lahko tako goreče, da si želiš le še, da bi prešlo. Potem je tu gnus. Gnus pred vso to umazanijo, ki že na zunaj obdaja uporabnika. Oblečeni v krpe, ki so pravo ptičje strašilo v primerjavi s prejšnjo obleko.

Odmiranje normalnih čustvenih vzgibov vedno bolj napreduje.

Sprva gledaš proč, ko pa dosežeš drugo obdobje, ne gledaš več proč. Ravnodušen, že otopel lahko mirno gledaš dogajanje. V tem trenutku naš opazovalec ne more več občutiti studa, groze, sočutja, ogorčenja. Trpeči, bolni, to je vsakdanji pogled, čez nekaj tednov bolnišničnega življenja te ne gane več. Apatičnost, otopitev duha in notranja ravnodušnost so značilni odzivi psihiatričnega uporabnika v drugem obdobju, ki ga kmalu napravijo neobčutljivega za vsakdanjoo poniževanja. Ta neobčutljivost je skrajno potreben oklep, s katerim se obda uporabnikova duša. *Ogorčenje zaradi krivice je tisto, kar v tem trenutku boli.* Tudi otopelega človeka lahko zalije val ogorčenja zaradi prezira, ki ga je deležen.

Uvodoma smo govorili o velikem razvrednotenju vsega. To razvrednotenje pa se ne ustavi niti pred človekom, pred lastno osebo. Tudi njo potegne v duhovni vrtinec, v katerem padajo vse vrednote v prepad vprašljivosti. Pod vplivom okolja, ki že zdavnaj ničesar več ne ve o vrednosti človeškega življenja in dostojanstvu ljudi, ki je napravilo ljudi za brezvoljen predmet, pod tem splošnim vplivom mora izkusiti razvrednotenje tudi lastni jaz. Človek v duševni bolnišnici izgubi občutek, da je še človek, kaj šele, da je duhovno bitje z notranjo svobodo in osebnostno vrednostjo - kolikor se v zadnjem vzponu občutka samovrednosti temu ne upira. Doživlja se le kot neznaten delček neke mase, njegovo bivanje pade na raven čredništva. Ne da bi prav mislili ali hoteli, podijo ljudi zdaj sem, zdaj tja, skupaj ali narazen, kot čredo ovac.

Tako ni le zunanji vpliv, marveč v mnogih pogledih tudi poskus rešitve samega sebe, če človek v duševni bolnišnici dobesedno poskuša, da bi se "izgubil" v množici. S tem se drži najvišje zapovedi samozaščite, da z nobeno malenkostjo ne usmeri nase pozornost osebja! Seveda so časi, ko hrepeniš po samoti, da bi bil sam s svojimi mislimi. Neprestano bivanje v množici, tudi pri najbanalnejših dnevnih opravilih, ustvarja v človeku neustavljiv pritisk, da bi vsaj za kratek čas ušel tej prisilni skupnosti.

Večina uporabnikov trpi zaradi nekakšnega manjvrednostnega občutka. Vsak od nas je bil nekoč "Nekdo", ali si je vsaj mislil, da je. Sedaj pa ravnajo z njim tako, kot da ni bil nihče.

Soglasno slišimo iz poročil nekdanjih uporabnikov vedno znova, da jih je najbolj tlačilo prav dejstvo, ker niso vedeli, kako dolgo bodo še morali ostati v bolnišnici. Duševna bolnišnica ne pozna datuma odpustitve! Datum odpustitve - kolikor je sploh prišel v poštev - je bil tako negotov, da je šlo praktično in doživljajsko ne le za nedoločljivo, marveč za neomejeno dolgo ujetništvo. Za bivanje v duševni bolnišnici je značilno *provizorično bivanje*,

"provizorij brez termina". Latinska beseda "finis" ima, kot je znano, dva pomena - konec in cilj. Človek, ki ne zmore videti konca svoje (provizorične) bivanjske oblike, tudi ne more živeti za nek cilj. Ne more živeti - kot v normalnem življenju - za prihodnost. S tem se spremeni vsa struktura njegovega notranjega življenja. Pride do pojavov notranjega propadanja. *Resničnost se zasenči*. Vse težnje in s tem vse življenje se osredini na eno samo nalogo: na golo ohranitev življenja.

Doživljanje časa je bilo paradokсно. Majhen časovni odsek, npr. dan poln vsakournih sitnarjenj, se je zdel neskončno dolg, večji časovni odsek pa, npr. teden z vsakdanjo enoličnostjo, je minil neverjetno hitro. V duševni bolnišnici je dan daljši od tedna! Dogajanje, ljudje in vse normalno življenje zunaj deluje na človeka v duševni bolnišnici nekam pošastno. Kolikor lahko pogleda ven, se mu zdi življenje tam zunaj takšno, kot bi se zdelo umrlemu, ki bi iz "onostranstva" gledal na ta svet. Uporabnik dobi sčasoma občutek, kakor bi se mu ta svet izgubil.

Popolno razvrednotenje resničnosti, ki ustreza provizoričnemu bivanju, te zlahka zapelje, da se *prepustiš*, da padeš, "saj je tako vse skupaj brez smisla". Tako postane jasno, da lahko poskušaš delovati proti psihopatološkim pojavom, ki jih življenje v duševni bolnišnici zapuša uporabnikom le v tem, da človeka *notranje zravnaš*, da si prizadevaš, kako bi ga znova usmeril v prihodnost, na nek cilj v prihodnosti. Ta ali oni uporabnik je nagonsko to že sam poskušal. Večina je imela nekaj, kar jih je držalo pokonci in običajno je šlo za košček prihodnosti. V ta zorni kot prihodnosti se človek vedno znova zateče v najtežjih trenutkih svojega bivanja.

Kar so doživeli odpuščeni uporabniki, lahko s psihološkega vidika označimo kot izrazito *depersonalizacijo*. Vse se zdi neresnično, neverjetno, vse se zdi kot sanje. Ne moremo še verjeti. Kako pogosto smo sanjali o tem, da bo prišel ta dan, in da se bomo lahko svobodno gibali! Tedaj se sprosti pritisk, ki nas je bremenil. Dnevi minevajo, mnogo dni, dokler se ne odveže le jezik, marveč tudi nekaj v notranjosti in nenadoma se ti zazdi, da se nekaj odpira, lomi v tisti nenavadni ograji, ki te je dotlej stiskala.

Pot od duševne visoke napetosti ni nikakor pot brez ovir. Človeku, ki je bil dolgo časa pod strašnim duševnim pritiskom, grozijo tudi po odpustu, prav zaradi nenadne popustitve pritiska, nevarnosti. Tako kot je ogroženo telesno zdravje potapljača, ki nenadoma zapusti potapljaški zvon, tako je lahko nenadna sprostitve duševnega pritiska škodljiva za človekovo duševno zdravje.

Še dvoje nadaljnih doživetij more na značilen način ogroziti, prizadeti ali zmaličiti človeka: zagrenjenost in razočaranje človeka, ki se svoboden vrača v svoje staro življenje. Zagrenjenost lahko povzročijo nekateri pojavi javnega življenja. Če se tak človek vrne domov in mora ugotoviti, da se srečuje le s cenenimi frazami in z zmigovanjem ramen, se ga neredko poloti zagrenjenost, ki vsiljuje vprašanje, čemu je pravzaprav vse to prestal.

Pri razočaranju so stvari drugačne. Tu človek ni tako prizadet zaradi površnosti ali lenosti srca bližnjikov, da bi se najraje zavlekel tja, kjer ne bi ničesar videl in slišal, tu, pri razočaranju je usoda tista, ki se ji človek čuti izpostavljen. Človek, ki je verjel, da je dosegel najnižjo točko možnega trpljenja, sedaj pa mora ugotoviti, da je trpljenje brez dna, da po vsem videzu nima najnižje točke, da te lahko nosi še vedno globlje...

Pojasnilo

Pričujoče pričevanje je izvleček iz knjige "Kljub vsemu rečem življenju: Da", ali "Zdravnik v taborišču smrti", Viktorja Frankla, v kateri opisuje svoje doživetje nacističnega koncentracijskega taborišča. Dovolila sem si spremeniti le tri besede: namesto koncentracijsko taborišče sem napisala duševna bolnišnica, namesto kaznenec - uporabnik in namesto paznik - bolničar. Franklovo delo namreč predstavlja najboljši znani opis in hkrati analizo doživljanja posameznika v totalni ustanovi. Nehote se ob tem spomnimo analize Ervinga Goffmana, ki je v svojem delu "Azili" do potankosti razkril delovanje ene od psihiatričnih ustanov. Čeprav je Goffman izhajal iz pozicije udeleženega opazovalca in je torej imel potrebno razdaljo, se ugotovitve obeh avtorjev presenetljivo skladajo.

Morda se bo zdelo, da je primerjava duševne bolnišnice s koncentracijskim taboriščem pretirana. Frankl pravi, da je človeško trpljenje relativna stvar. V določenem trenutku dosežeš dno in se ti zdi, da ni moč pasti še globlje. Seveda se motiš, a na doživljajski ravni je strah pred elektrošokom povsem ekvivalenten strahu pred plinsko celico. Čeprav največkrat ni neposredne grožnje smrti, je smrt v duševni bolnišnici nenehno prisotna. Prisotna je kot tista notranja smrt v duši, kot socialna smrt, ki jo prinaša status ne-osebe.

Kot uporabniki psihiatrične ustanove so se mi nenehno vsiljevale primerjave s koncentracijskim taboriščem. Ob prebiranju Franklovega pričevanja sem se ironično nasmehnila, ko avtor pravi, da so taboriščnikom pustili lastne čevlje. Na zaprtem oddelku psihiatrične klinike v Polju, ti poberejo še te. Tudi, če imaš copate, jih ne smeš uporabljati. Namesto tega dobiš plastične natikače, pogosto različnih in neustreznih velikosti, v najrazličnejših fazah razpadanja.

Potem moraš vleči noge za seboj. Sicer ostaneš bos na kamnitih tleh. V podobnem stanju so tudi oblačila, ki ti jih dodelijo, kot pravi Frankl - "ptičja strašila".

Vse to je le uvod v *ritual degradacije*, katerega namen je ponižati in zlomiti uporabnika. V tem navadno ni sadizma, temveč gre le za zagotovitev gladkega delovanje ustanove, ki predstavlja najvišji cilj. Osramočen, ponižan in prestrašen uporabnik je mnogo bolj vodljiv in ne povzroča težav osebju. In kaj to pomeni za uporabnika? Kot pravi Frankl, napraviti mora črto čez vse dotedanje življenje. Vse, kar mu je dajalo smisel, občutek lastne vrednosti in avtonomije, je pustil za seboj. Ostane mu le še golo bivanje, odeto v cape.

Proces, ki se dogaja v duši interniranca, je v bistvu proces *žalovanja*. Sproži ga *izguba sebe*, kot človeka, ki svobodno odloča o sebi, ki ima določeno mesto v družbi in zasleduje svoje individualne cilje. Nato nenadoma postane le še objekt v rokah drugih. To seveda povzroči šok. Preprosto ne moreš verjeti, da se to dogaja tebi in tega ne moreš sprejeti. Sledi apatija, iz katere te vrže le občasno izrazito doživetje krivice in ponižanja. Izbruh jeze, ki ga moraš za vsako ceno skriti, kajti za osebje je to znak bolezni. V resnici je to preostanek zdravja. Pomaga ti, da se ne predaš povsem, da ohraniš vsaj še zametke svojega jaza. So trenutki, ko se vidiš z njihovimi očmi - brezvredna, bedna kreature, za katero ni nobenega upanja več. Če to brezpogojno sprejmeš, to tudi postaneš. Jeza je dragoceno čustvo. Omogoča ti, da se upreš. Vedno se je možno na nek način upreti. Spoznaš, da Camusov "uporni človek" le ni tako absurden, vsaj ne v terminih psihične stvarnosti. Ni tako pomembno, če se kamen, ki ga vališ na goro, vedno znova zvrne v prepad, pomembno je ohraniti notranjo moč. Psihatrijo preživijo samo uporniki. "Dobri pacienti" so inačica "muslimanov", o katerih piše Frankl. Najprej so se prenehali briti in umivati, potem so nehali še jesti. V duševni bolnišnici take nasilno hranijo. Zatisnejo jim nosnice in potisnejo žlico v usta.

Poleg jeze je za preživetje potrebna tudi ljubezen. Nekoga ali nekaj moraš imeti, ob čemer lahko začutiš ljubezen, pa čeprav le za trenutek. Frankl poroča, da je odkril način, kako si lahko priključiš prisotnost ljubljene žene tako živo, da bi se je lahko dotaknil. Psihatri bi temu rekli halucinacija. Vprašamo se lahko koliko podobnih "halucilnacij" izumijo uporabniki, da napolnijo praznino, da lahko preživijo. Druga beseda za ljubezen je solidarnost. Solidarnosti s sotrpini pa je zmožen le tisti, ki ni povsem razvrednotil samega sebe. Brez tega ostane le samota, ali kot pravi Cooper - "arktična prostranstva samote". Le preko teh prostranstev vodi pot do ljubezni, vse ostalo je sentimentalnost.

V kitajščini besedo "kriza" sestavljata dva zloga - wei in chi. Prvi pomeni nevarnost, drugi možnost. Ljudska modrost pa pravi, da je v vsaki norosti tudi kanček modrosti. Odkar se je področja duševnega zdravja polastila psihiatrija, so se ti pomeni izgubili. Tako npr. večina ljudi ne ve, da norost ni nepretrgano stanje. Vključuje nenehno preklapljanje med vsakdanjostjo in sanjsko domišljijo. V svetlih trenutkih lahko s psihotično osebo navežemo povsem normalen stik. V teh trenutkih je posameznik v stiku s svojim zdravim jedrom, ki ga okolica lahko bodisi krepí, bodisi invalidira, zanika. To pa je ključnega pomena za psihično preživetje. Psihoza mine, z ali brez zdravil, pomembno pa je, kaj ostane. Če smo uničili tisti sveti prostor, ki mu lahko rečemo človekov "jaz", prostor, v katerem si lahko človek odpočije in se sprosti, se iz psihoze nima kam vrniti. Begunec brez domovine, ki v kozmičnih prostoranstvih zaman išče svoj dom. Psihiatrija je trenutno mnjenja, da je potrebno tovrstne astralne popotnike čimprej pripeljati nazaj v "realnost", z ogromnimi dozami zdravil, pa čeprav s tem uniči njihovo notranjo realnost. To je grozljiva zabloda, ki so se je ponekod v svetu že ozavestili. V resnici je potrebno predvsem varovati notranje svetišče, vzpodbujati dostojanstvo in občutek lastne vrednosti, da se bo posameznik imel kam vrniti. Že tako je v stiski zbežal iz nevzdržne stvarnosti, a tista, v katero se vrača, je še hujša.

Uporabnik, ki se vrača iz bolnišnice, ni več isti človek, kot je bil poprej. Sedaj je DUŠEVNI BOLNIK, stigma, ki ga bo spremljala vse življenje. Ljudje, ki so mu bili najbližji, so postali tujci, s katerimi lahko izmenja le nekaj površinskih fraz. Pri nekaterih bo naletel na bolj ali manj prikrito zavračanje, ali pa na pretirano zaščitniško ravnanje. Pravzaprav nihče ne ve, kako naj bi z njim ravnal. Njihovo lastno nelagodje je preveliko.

Povratak v skupnost je, podobno kot pravi Frankl za povratak iz koncentracijskega taborišča, najtežja faza celotnega procesa. Uporabnik se je navadil pasivnosti in odvisnosti, navadil se je že, da drugi odločajo namesto njega. In zdaj se mora kar čez noč preleviti v osebo, ki naj bi delovala iz lastnih pobud. Mnogi cilji, ki jih je gojil še v času hospitalizacije, so se izkazali kot neuresničljivi. Kako naj v takem položaju najde nove cilje? Nima se na koga obrniti, zato v tej fazi mnogi omagajo. Sam nima moči, da bi v sebi vzbudil nova zanimanja in se preda životarjenju. Realnost pritiska z vso težo in recidiv ni daleč.

V zadnjih časih veliko beremo o odkritjih v zvezi z biokemičnimi spremembami v psihozi in nekateri celo menijo, da lahko v kratkem pričakujemo učinkovita zdravila. Tudi če bi zares iznašli taka zdravila, se sprašujem, kdo bo poskrbel za človeško plat problema. Če bodo ta "čudežna"

zdravila uporabljali v okolju, kakršnega poznamo, v okolju, ki totalno razvrednoti človekovo osebnost, verjetno čudežev ne bo. Tudi nevroleptiki niso prinesli tistega, kar so obetali.

Vedno znova pozabljamo, da je oseba s psihičnimi motnjami predvsem človek. Tega ne mislim v kakem filantropičnem, humanistično-nabuhlem smislu, temveč v povsem vsakdanjem pomenu. Vsi ljudje imamo določene potrebe: po hrani, stanovanju, varnosti, spoštovanju, pripadnosti, možnosti za uresničevanje svojih sposobnosti, itd.. Če te potrebe dolgo časa niso zadovoljene, se prej ali slej v človeku nekaj zalomi. Če nimamo objektivnih možnosti za zadovoljevanje naših potreb, počasi usahnejo tudi želje in z njimi prizadevanja. Celo Frankl, ki je bil psihično nedvomno nadpovprečno zdrav, je v skrajnih pogojih koncentracijskega taborišča in po vrnitvi doživljal pojave, ki v kliničnem smislu spadajo na rob psihoze. Naj zaključim s Franklovim razmišljanjem o psihozah in njihovem zdravljenju. Sam priznava, da je doživetje koncentracijskega taborišča temeljito spremenilo njegovo razumevanje psihoz in vlogo zdravnika:

"Ni si mogoče misliti ničesar, kar bi tako vplivalo na človeka, da bi ostal povsem nesvoboden. Zato se v človeku v nevrotičnih in celo psihotičnih primerih zadržuje ostanek svobode, naj bo še tako omejena. Dejansko se psihoza niti ne dotakne najglobljega jedra pacientove osebnosti.

Neozdravljiv psihotičen posameznik lahko izgubi svojo koristnost, vendar obdrži dostojanstvo človeškega bitja. To je moj psihiatrični kredo. Brez tega se mi ne bi zdelo vredno biti psihiater.

Že predolgo, dejansko pol stoletja, psihiatrija poskuša razlagati človekovega duha samo kot mehanizem in zato tudi zdravi duševne bolezni le s tehničnimi pripomočki. Mislim, da so te sanje že izsanjane. Zdaj se na obzorju začenjajo kazati obrisi ne psihologizirane medicine, ampak humanizirane psihiatrije.

Zdravnik, ki pa bi še vedno rad razlagal lastno vlogo predvsem kot vlogo tehnika, bi priznal, da v svojem pacientu še vedno ne vidi več kot stroj, namesto, da bi za boleznijo videl človeško bitje!

Človeško bitje ni samo stvar med stvarmi; stvari določajo druga drugo, človek pa konec koncev določa sam sebe. Kar postane - v mejah nadarjenosti in okolja - je naredil sam iz sebe." (Frankl, str. 100 - 101)

Viri:

Frankl, V.E. (1992). Kljub vsemu rečem življenju DA. Celje, Mohorjeva družba.

Goffman, E. (1961). Asylums. London, Penguin Books.

RITUAL DEGRADACIJE

"Slecite se". Rezek, nepotrpežljiv glas me zmoti iz razmišljanja. Samo nekaj trenutkov, pa bom prišla nazaj v ta grozljivi svet. Roke grabijo po meni. Instinktivno se branim in ji rečem, naj se me ne dotika.

"Če ne boste ubogali, boste dobili injekcijo!" Še vedno sem zmedena. Kaj hočejo od mene?

Pride še ena sestra in tehnik. "Tako se slecite. Okopati se morate!" Zdaj vsi grabijo po meni. Gumbi na bluzi so že odpeti. "Saj sem se doma pravkar okopala", zinem, ker mi nič pametnejšega ne pade na pamet. "Se boste pa še enkrat! Taki so predpisi. No, dajmo, dajmo, hitro."

"Ni mi všeč, da vsi tako bolščite vame, še posebno ta tehnik".

"Pustite me na miru, pa se bom okopala. Vi pa pojdite vsi ven!"

"Ni govora! "Boste spet kaj ušpičili, potem pa bomo mi krivi." Pre-pustim se torej njihovemu slačenju in bolščanju. Postala sem pred-met. Punčka iz cunj, ki jo oblačijo in slačijo po volji. Kopanje je ritual, končano je v eni minuti, mila ni. Toda pravilom je zadoščeno. Vržejo mi pidžamo.

"Na tej pidžami ni elastike, padla mi bo dol." "Druge nimamo, vam bomo pa dali haljo s pasom." "Pa mi pustite vsaj moje spodnje hlače". "To je proti pravilom."

"Še nekaj... imam menstruacijo". "Vložkov ni!" "?"

"Pojdite si jih kupit v trafiko!" "Pa saj veste, da ne morem ven". "Vam jih bo pa sestra prinesla. Dajte ji denar". "Saj veste, da ste mi pobrali ves denar in ga nesli k oskrbnici." "Če je tako, ga danes ne morete dobiti. Šla je že domov."

Na pidžami, ki jo je bilo treba držati z roko, so se začeli kazati madeži krvi. "Take je pa res ne moremo pustiti, kako bo pa izgledalo", se oglasi ena od sester. Nenadoma se izkaže, da vložki so! Svojo vlogo pri ritualu degradacije so nedvomno opravili.

Na začetku me je bilo sram. Potem me je zgrabil bes. Bes je čudovito čustvo. Daje moč in vrača samospoštovanje. Nihče me ne more ponižati, če sama v to ne privolim. Bes se spremeni v vzvišen posmeh. "Kar se mene tiče, ste vsi skupaj gnoj!" Tako dobim še eno injekcijo. Ker sem že poprej dobila eno, postanem močno zaspana. Postelje pa so čez dan zaklenjene. To ni navadna zaspanost. Ne morem se ji upirati. Ne morem več stati na nogah. Zvalim se po tleh. "To se pa ne spodobi, gospa, kar takole po tleh..."

SIMPTOMI DUŠEVNEGA ZDRAVJA ali KAKO SE NAJHITREJE REŠIŠ NORIŠNICE

Prvi in daleč najpomembnejši simptom je **UBOGLJIVOST**. Zadostuje že navidezna ubogljivost, saj se potem, ko boste rekli DA, tako ne bo nihče kaj posebno briga za vas. Ubogljivost pomeni mnogo stvari. Pomeni, da ste uvideli, v kolikšno pomoč so vam, zato je razumljivo, da jih v vsem ubogate. Vsako spraševanje je znak nezupanja, saj ONI že vedo, kaj delajo. Ubogljivost tudi pomeni, da ne boste delali sitnosti, ne njim, ne onim zunaj. Ne nazadnje tudi pomeni, da se vas ni treba bati.

Drugi, manj logičen simptom je **NEOPAZNOST**, konformizem. Delajte samo tisto, kar dela večina! Res je, da je ta večina po definiciji bolna, in da s tem posnemate bolno vedenje, vendar ta logika v instituciji ne velja. "Zdravo" je izključno tisto, kar ne pade v oči. Torej nobene individualnosti, še najmanj v pozitivnem smislu. Ne javljajte se za opravljanje neprijetnih poslov, ker

A) se jim bo zdelo čudno,

B) se ne bodo hoteli ločiti od vas.

Pravijo, da se podobno pravilo obnese tudi v vojski.

DOVOLJ DOBRO POČUTJE. Če vas kdo vpraša, in res samo tedaj, je vaše razpoloženje v redu, dobro, nimate nobenih težav, zdravila vam pomagajo, dobro spite, itd. Nobenih superlativov, preglasnega smeha, pa tudi nobene zaskrbljenosti. Seveda imate razlogov za zaskrbljenost dovolj, saj je na kocki vse vaše življenje. Toda psihiatrija ne misli tako. Zato proč z žalostjo in veselo v igro zmernega optimizma. Ta točka je težka in zahteva veliko vaje, ker so potrebni razmeroma dobri neverbalni znaki. Vadite na ostalih uporabnikih, tudi njim utegne koristiti.

ODSOTNOST BOLEZENSKIH SIMPTOMOV je dokaj razumljiv simptom zdravja. Če ste kdaj poprej navajali kake simptome, jih sedaj seveda nimate več, njihovo izginotje pa je seveda pripisati zdravilom. Nekateri uporabniki imajo skoraj neustavljivo željo, da bi pripovedovali svoje simptome psihiatru. Če ste tudi vi med njimi, se morate zadržati. S simptomi se boste morali spoprijeti sami, živa duša vam ne more pomagati. Ljudje, ki radi govorijo o svojih simptomih včasih preživijo leta na psihiatriji, kjer se ukvarjajo s produkcijo simptomov. Z drugimi besedami, navajanje simptomov lahko bistveno podaljša čas bivanja v ustanovi kot tudi poveča že tako previsoko dozo medikamentov, nenavajanje pa presenetljivo malo pripomore k odpustu, v primerjavi s pomembnostjo zgoraj omenjenih točk, posebno prvih dveh.

Tanja Lamovec, Barbara Čufer

OBLIKE IN RAZVOJ ZAGOVORNIŠTVA V SVETU

Iz prejšnjega sestavka je več kot očitno, da so temeljne človekove pravice ogrožene povsod, kjer vlada izrazito nesorazmerje moči med predstavniki ustanove in njenimi uporabniki oziroma uporabnicami. V kazenskih zavodih ima pridržana oseba pravico do pravne zaščite, celo koncentracijska taborišča danes nadzirajo mednarodne komisije. V psihiatričnih in varstvenih ustanovah za duševno prizadete pa ima medicinsko in drugo pomožno osebje neomejeno moč. Vsaka absolutna oblast, ki ni podvržena nikakršnemu nadzoru predstavlja potencialni izvor kršitev človekovih pravic. Uporabnik nima nikakršne možnosti, da bi zavaroval svoje interese, saj njegove pripombe največkrat jemljejo kot znak njegove bolezni, v kolikor jih sploh poslušajo. Uporabniki so ustraševani in se bojijo maščevanja institucije, ki razpolaga z njimi, hkrati pa so tudi psihološko v neugodnem položaju. Le kako naj se razvrednoteno bitje z nalepko "duševni bolnik" upre "učnim" ljudem, strokovnjakom?

V razvitem svetu obstaja več oblik zagovornišтва, ki poskuša uravnotežiti razmerje moči med institucijo in njenimi uporabniki, ter posredovati pri nesoglasjih med njimi. Zagovornik je oseba, često edina, ki je vsestransko na strani uporabnika in se zavzema za dosledno spoštovanje pravic, ki mu gredo kot človeškemu bitju. Zagovornišтво pa ima pogosto še druge dimenzije. Prizadeva si navezati pristen osebni stik s posameznimi uporabniki ter jih vzpodbujati, da ob zaščiti zagovornika sami prevzamejo aktivno vlogo pri zaščiti svojih interesov.

Ena od oblik zagovornišтва je *laično zagovornišтво*, ki ga je v ZDA leta 1966 ustanovil Wolfensberger z namenom, da bi duševno prizadetim otrokom zagotovil življenje, kakršnega živijo drugi ljudje. To prizadevanje označujemo z nazivom "normalizacija". Vodilno vlogo v tem gibanju so imeli starši prizadetih otrok, ki so želeli zagotoviti, da bodo po njihovi smrti otroci deležni uslug, ki bodo v njihovem interesu in ne podrejeni interesom ustanov. Ustanovili so neodvisno organizacijo zagovornišтва, ki je delovala ob pomoči privatnih sredstev.

Laični zagovornik naj bi bila "ugledna oseba", ki za svoje delo ni plačana in ni odvisna od institucije. Njena naloga je, da vzpostavi stik z osebo, ki je v nevarnosti, da jo družba potisne na rob oziroma izključi. Zagovornik poskuša

to osebo razumeti, se odzivati na njene interese ter jih zastopati, kot da bi bili njeni lastni. Njene zahteve prenese v kroge vsakdanjega življenja v skupnosti. Wolfensberger dodaja, da je laični zagovornik zrel, kompetenten državljan - prostovoljec.

Laično zagovorništvo je posebej primerno za tiste osebe, ki se niso zmožne same postaviti za svoje pravice. Njegov namen je podeliti moč tistim, ki jih družba izključuje in drži v nemoči. Omogoči jim osebni stik z ljudmi, ki imajo svoje mesto v skupnosti in so pripravljeni prisluhniti njihovim potrebam in jim stati ob strani pri obrambi njihovih pravic.

V okviru tega pojmovanja je očitno, da večina, če že ne vsi bivši uporabniki psihiatrije ne morejo postati laični zagovorniki, saj niso ugledne osebe. Zato se je razvilo samozagovorništvo in kolektivno zagovorništvo.

Samozagovorništvo je nastajalo vzporedno z ustanavljanjem zvez uporabnikov. Leta 1985 je v Veliki Britaniji nastalo združenje "Survivors speak out", ki vključuje tako bivše uporabnike kot pridružene člane. Samozagovorništvo lahko opredelimo kot proces, v katerem posameznik ali skupina ljudi govori ali deluje v korist lastnih potreb ali interesov. Če hočemo biti zmožni zasledovati svoje potrebe ali interese, moramo ceniti sami sebe, verjeti, da nas bodo drugi poslušali in upoštevali. Oznaka "psihiatrični bolnik" namreč odvzame posamezniku legitimnost izraziti svoje stališče o čemerkoli, celo o svojih lastnih čustvih, potrebah in izkušnjah.

Samozagovorništvo se torej ukvarja predvsem z vprašanjem moči, s tem, kako naj ljudje znova pridobijo moč in nadzor nad svojimi življenji. Psihiatrični sistem odvzema moč tistim, ki ga uporabljajo, ali pa so tja poslani. Nemoč še povečuje praksa in stališča širše družbe, v katero se uporabniki vračajo. Samozagovorništvo ima zato poleg neposredne pomoči tudi širše cilje. Prizadeva si za spremembe v psihiatričnem sistemu ter za spreminjanje razvrednotenega statusa uporabnikov v družbi.

Samozagovorništvo naravno vodi v *kolektivno zagovorništvo*. Uporabnik, ki se nauči govoriti v svojem imenu, se lahko zavzame tudi za druge, oziroma za skupne cilje. Skupina uporabnikov se tako združi, da bi dosegla določene spremembe. Vključujejo se v najrazličnejše dejavnosti. Nekatere skupine sodelujejo z izvajalci pri načrtovanju programov duševnega zdravja, druge pa same poskušajo razvijati alternativne oblike uslug, npr. stanovanjske skupine, krizne centre, dnevne centre, itd. Ponekod so dokaj uspešni, kar kaže, da ima razmeroma nemočna skupina lahko pomembne učinke na splošno socialno politiko (Brandon, 1991).

Medtem ko se laično zagovorništvo vedno bolj usmerja na spoprijateljevanje med posameznimi prostovoljci in uporabniki, je za kolektivno zagovorništvo značilna predvsem družbena in politična aktivnost. V nekaterih deželah (Holandija, Avstrija) se je razvilo tudi *profesionalno zagovorništvo*, ki ga navadno opravlja tim, sestavljen iz pravnikov, psihologov in socialnih delavcev. Ti ljudje so za svoje delo plačani in delujejo v prostorih bolnišnice, vendar so od nje povsem neodvisni. Denar dobivajo od države ali privatnih fondov in imajo svoje združenje, ki predpisuje standardizirane postopke in metode. Njihova naloga je, da nadzirajo postopek prisilne hospitalizacije, se pogovarjajo z uporabniki in jih obiskujejo na zaprtih oddelkih ter sprejemajo njihove pritožbe. Vsako pritožbo podrobno obravnavajo in posredujejo pri ustrezni osebi. Večina pritožb se reši z dogovorom, možno pa je tudi pritegniti sodelovanje sodišča. Zagovorniki imajo vpogled v vso dokumentacijo uporabnikov in dostop na vse oddelke, sicer pa nimajo drugih pooblastil kot to, da skrbijo za spoštovanje pravic, ki so zapisane v zakonu. Dežele, ki so uvedle profesionalno zagovorništvo imajo tudi ustrezno zakonodajo. Prisotnost zagovornika je obvezna v vseh duševnih bolnišnicah.

Uvedba profesionalnega zagovorništva po pravilu naleti na močan odpor zdravniškega osebja, ki meni, da samo opravlja to funkcijo. Poskusi, da bi zagovorniško funkcijo opravljal osebje bolnišnice (navadno so bili to socialni delavci), se je vedno znova izjalovilo, saj so ti se znašli v konfliktu lojalnosti. Po eni strani naj bi zagovarjali interese uporabnika, po drugi strani pa so po službeni dolžnosti vezani na interese institucije.

Prvi zapisani dokument kolektivnega zagovorništva izvira iz Velike Britanije in je nastal leta 1620. To je peticija, v kateri so opisane pritožbe glede nevzdržnih pogojev znane bolnišnice Bedlam. V istem stoletju je nek duhovnik, ki je v mladosti sam preživel duševno krizo, objavil pamflet, v katerem poudarja pomen osebne izkušnje krize za pomoč drugim. Oseba, ki je uspešno prebrodila krizo, lahko drugim vlije prepričanje, da jo je možno premagati. Iz izkušnje pa pozna tudi načine, kako to doseči.

Prvi formalni zagovornik je bil John Perceval, ki je leta 1845 skupaj s somišljeniki ustanovil društvo za zagovorništvo in postal prvi reformator azilov za duševno bolne. Sam je preživel nekaj let v tovrstnih ustanovah, končno pa mu je po dolgotrajnih prizadevanjih le uspelo priti na svobodo. Napisal je več knjig, v katerih je opisal svoje izkušnje kot tudi pogoje, v katerih je živel, uspešno pa je zagovarjal tudi večje število ljudi in dosegel njihovo izpustitev. Deloval je, tako po parlamentarni poti kot tudi z ozaveščanjem ljudi,

približno dve desetletji, potem pa je organizirano gibanje zagovorništva za več kot sto let zamrlo.

Ponovno je oživel v šestdesetih letih tega stoletja in je sovpadalo z vzponom gibanja za pravice najrazličnejših marginalnih skupin. Čeprav nobeno teh gibanj ni doseglo zastavljenega cilja, so poskusi problematizacije duševnega zdravja uspeli opozoriti javnost na to področje. Število postelj v duševnih bolnišnicah se je začelo zmanjševati, mnoge pa so zaprli. V razvitih evropskih deželah in v ZDA so začeli ustanavljati različne službe, ki so omogočile obravnavo oseb z duševnimi motnjami v skupnosti. V osemdesetih letih je zagovorništvo v nekaterih deželah dobilo tudi svojo zakonsko podlago. Čeprav ne gre podcenjevati dela prostovoljcev, samozagovorništva in kolektivnega zagovorništva, se zdi, da vodi prihodnost zagovorništva v smeri profesionalizacije, ob istočasnem razvijanju tudi ostalih oblik.

Viri:

Brandon, D. (1991). Innovation Without Change? Consumer Power in Psychiatric Services. London, Macmillian.

Brandon, D. (1993). Peer Support and Advocacy in Mental Health Services. Cambridge, David and Althea Brandon.

Podvelli, E.M. (1990). The Seduction of Madness: A Revolutionary Approach to Recovery at Home. London, Century.

Williams, P., Schoultz, B. (1982). We Can Speak for Ourselves. London, Souvenir Press.

Tanja Lamovec, Vito Flaker

ALI V SLOVENIJI POTREBUJEMO ZAGOVORNIŠTVO?

Zamisel o ustanovitvi Zagovorništva za uporabnike psihiatrije se je porodila pomladi 1992 v okviru študija TEMPUS: "Duševno zdravje v skupnosti". Predavatelji iz Anglije so predstavili različne oblike delovanja zagovorništva v razvitih evropskih deželah, ki ustrezajo specifičnim potrebam in možnostim teh dežel. Počasi se je izoblikovala skupina, ki je začela proučevati našo zakonodajo s področja duševnega zdravja, izdelala pa je tudi koncept za razvoj zagovorništva pri nas. Študentom TEMPUS-a so se priključili prostovoljci in prostovoljke iz vrst pravnikov ter študentov socialnega dela, psihologije, pedagogike in sorodnih usmeritev, kot tudi nekateri bivši uporabniki. Skupina šteje od 10 do 15 aktivnih članov. V jeseni 1992 je skupina za zagovorništvo organizirala v Cankarjevem domu javno tribuno z naslovom: "Človekove pravice v ustanovah duševnega zdravja", ki je pomenila prvo javno predstavitev zamisli o zagovorništvu. V začetku leta 1993 je skupina navezala stike s poklicnimi zagovorniki v Celovcu in Grazu, kjer je zagovorništvo že nekaj let predpisano z zakonom. Avstrijski zagovorniki so ponudili možnost edukacije nekaterih naših prostovoljcev.

Koncept delovanja Zagovorništva, ki ga je skupina izoblikovala na študijskih sestankih, se razlikuje od večine sorodnih projektov v tujini po tem, da je zastavljen precej širše. Zakaj? V tujini obstaja že dokaj razvejana mreža vmesnih struktur (npr. dnevni centri, stanovanjske skupine, itd.), ki predstavljajo temelj duševnega zdravja v skupnosti. Pri nas je potrebno šele opozoriti javnost, da hospitalizacija v duševni bolnišnici ne bi smela biti *edina* možnost za obravnavo osebe v duševni krizi. Mnoge osebe, ki bi ob ustrezni pomoči lahko prebrodile krizo v običajnem življenjskem okolju, so se, največkrat na željo sorodnikov, prisiljene zateči v duševno bolnišnico in se s tem podati na pot *kariere duševnega bolnika* (Goffman, 1961). To je usodno predvsem za mlade ljudi, na katere stigmatizacija in demoralizacija, ki spremlja hospitalizacijo, deluje še posebej destruktivno. Mit neozdravljivosti spodkoplje njihovo zaupanje vase, ki ga še dodatno krni nezaupanje okolice, tako, da se mnogi odpovedo svojim življenjskim načrtom. Življenje osebe, ki je prestopila prag duševne bolnišnice kot njen uporabnik ali uporabnica, ne bo nikoli več tako kot poprej, pa čeprav se ji kriza nikoli več ne ponovi! Med tistimi, ki že imajo svoje mesto v družbi, bo nekaterim, z veliko sreče in nepopisnega truda ob neprestanem dokazovanju, da so zdravi, uspelo, da ga obdržijo. Le redkim pa uspe svoje

mesto v družbi pridobiti. Razlogi za to so tako zunanji kot notranji, saj stigmatizacija deluje v obeh smereh.

Delovanje totalnih ustanov, kakršne so tudi naše duševne bolnišnice, navda uporabnika s prepričanjem, da je povsem brezpraven, brez vsakih človeških pravic in s tem tudi brez vrednosti. Spomnimo se, da je Frankl od vseh strahot koncentracijskega taborišča kot najhujšo doživel ravno brezpravnost. Taka je tudi avtoričina izkušnja bolnišnice Polje. Pripombe, vprašanja in pritožbe uporabnika največkrat ostanejo brez odgovora, saj jih osebje dojema izključno kot izraz "bolezni". Če pa je čisto tiho, je tudi to izraz bolezni. Bolj kot karkoli drugega potrebuje uporabnik osebo, ki mu bo pripravljena prisluhniti, in s tem potrditi njegov status človeškega bitja. Osebo, ki mu bo dala čutiti, da so njegove želje, stališča in subjektivno doživljanje nasploh vredni pozornosti. V tem vidim eno glavnih nalog Zagovorništva. Zagovornik je oseba, pogosto edina, ki je vsestransko na uporabnikovi strani in posreduje njegove potrebe in želje osebju, ter poskuša doseči vsaj to, kar uporabniku legitimno pripada. Seveda mnogih želja ni moč uresničiti, nekatere pa le. Uporabniku ni toliko pomembna uresničitev želja, kot dejstvo, da jih nekdo vzame resno, ter zavest, da njegove temeljne človekove pravice ostajajo neokrnjene.

K občutku popolne degradacije, ki jo doživi uporabnik Polja, pripomorejo tudi nekateri postopki, ki predstavljajo rutino delovanja institucije. Gotovo najhujši med njimi je uporaba t.i. "mreže". "Mreža" je priprava, v katero zaprejo neubogljivega ali vznemirjenega uporabnika, da bi imeli pred njim mir. Sestavljajo jo štiri mrežaste stranice in kovinsko ogrodje, ki se zapira s posebno ključavnico. V njej ostane uporabnik tudi 10 ur, prepuščen samemu sebi. V mreži se ne da niti udobno sedeti niti ležati, saj ni prave opore, podobno kot v viseči mreži. Pa to še ni vse. Mreže se nahajajo v majhni sobi, ki jo osebje prav tako zaklene in se ne odziva na klice uporabnika. Ta je pogosto žejen, saj je pred tem dobil močno dozo nevroleptika. Tako pač trpi žejo. Pa to še ni vse. Zgodi se, da mora na potrebo. Naj kliče kolikor hoče, potrebo bo moral opraviti kar na svojem mestu in se do konca svoje "kazni" dobesečno valjati v svojih iztrebkih. Upravičeno je, da se zgražamo nad razmerami, v katerih prevažajo živali in prav je, da imamo društvo, ki za to skrbi. Uporabniki psihiatrije pa do nedavnega niso imeli nobenega zaščitnika.

Nihče me ne bo prepričal, da ne gre drugače. V Italiji npr. osebi v krizi dodelijo "spremljevalca", ki nudi tako potreben človeški stik, skrbi pa tudi za vsakdanje stvari. Na ta način ni nepotrebna le uporaba mreže, temveč celo hospitalizacija, vsaj v večini primerov. V bivši tržaški duševni bolnišnici San Giovanni imajo eno takih mrež na terasi in jo razkazujejo obiskovalcem kot srhljivo mučilno pripravo, ki spada v srednji vek. V bolnišnici Polje so po tragični nesreči, v

kateri je v mreži zgorelo in bilo poškodovanih več uporabnic, naročili nove. In vendar bi se dalo tudi drugače. Na zaprti oddelek bi lahko povabili študente in študentke medicinskih in humanističnih ved, ki bi se kot prostovoljci posvečali posameznim uporabnikom in jim nudili oporo. To ne bi stalo nič, hkrati pa bi si še študenti pridobili dragocenih izkušenj. Seveda pa bi bilo potrebno nekoliko spremeniti delovanje ustanove, tega pa, kot vsaka, tudi ta ne želi. Vrata bolnišnice Polje ostajajo za prostovoljce zaprta, ker naj bi ovirali strokovno-medicinsko delo!

Odpiranje vrat psihiatričnih ustanov prostovoljem, bi prineslo več koristnih rezultatov. Een od njih je, da bi se zmanjšalo nasilje, ki ga uvaja ustanova nad uporabniki, hkrati s tem pa bi se zmanjšali tudi agresivni izbruhi uporabnikov. Na tem mestu želim opozoriti tudi na mit o agresivnosti oseb z duševnimi motnjami, ki bi ga z večjo odprtostjo ustanov lahko počasi spravili med staro šaro. Zverinski kriki oseb v mreži niso posledica njihove "bolezni", temveč nasilja, ki so mu podvrženi, pa tudi odsotnosti človeškega stika. Velika večina oseb, ki se znajdejo v duševni bolnišnici, ni nevarna, instinktivno pa se odziva na nasilje okolice, ki je uzakonjeno. Kot ranjene živali v kletki so uporabniki predvsem zmedeni, prestrašeni, nemočni in brezupno sami, saj se čutijo izdani tako od svojcev kot od zdravnikov. Ker so jim odvzeli besedo, s katero bi se sporazumevali, jim ostanejo samo še občasni agresivni izbruhi, zvoedeni in nekoordinirani pod vplivom nevroleptikov. V tej agresivnosti ni nič bolezenskega, je le izraz preostanka težnje po preživetju človeka, ki so ga pritiskali ob zid. Ker je nasilje ustanove uzakonjeno, ga često spregledamo in tako dobimo vtis, da se nekdo razburja brez razloga. Upornikov brez razloga ni. Če se potrudimo poiskati razlog, ga bomo vedno našli tudi v konkretnih, trenutnih življenjskih razmerah. Nasilni zločini blaznežev obstajajo predvsem v grozljivkah in drugih domišljjskih zgodbah, ki ščitijo nedožnost "normalnih". Statistike kažejo, da psihiatrični uporabniki zagreše prav toliko nasilnih dejanj kot vsi ostali.

Poseben postopek čaka ljudi, ki jih privedejo na prisilno hospitalizacijo. Kdor ima diagnozo že od prej, se bo le redko lahko izognil hospitalizaciji, kadar si kdo od sorodnikov, sosedov ali sodelavcev zaželi, da bi se ga znebil. Ustanova je v tem pogledu vedno na voljo, čeprav v zakonu jasno piše, da je za hospitalizacijo potrebna poleg duševne bolezni tudi prisotnost nevarnosti za uporabnika samega ali za druge. V Ustavi tudi piše, da ima uporabnik, ki mu grozijo s hospitalizacijo, pravico, poklicati svojega zagovornika. O tej pravici naši uporabniki ne zvedo ničesar, poleg tega pa jim v tej fazi največkrat ni dovoljeno uporabljati telefona. Tudi, če bi ga lahko, kako pa naj v takem položaju, ko so jim vsi obrnili hrbet, najdejo zagovornika. Pa to še ni vse.

Neprostopovoljni uporabnik je podvržen najrazličnejšim pritiskom, naj podpiše, da prihaja prostovoljno. Kajti, če je prišel prostovoljno, bo lahko tudi prostovoljno odšel, v nasprotnem primeru pa bo moral čakati, da to odobri sodišče. (Tako vsaj pravijo, čeprav je resnica drugačna.) Predpisov, ki zahtevajo javljanje prisilnih hospitalizacij na sodišče in obisk njihovega predstavnika v roku 2 oziroma 3 dni, se ne držijo ne eni ne drugi. Uporabnik torej niti pravno ni zaščiten. Kaj mu koristijo pravice, zapisane v Ustavi, če jih ne more uveljaviti? Nič čudnega, da je pri nas uradno le 20% prisilnih hospitalizacij, 80% naj bi jih bilo prostovoljnih.* V ZDA so odstotki obrnjeni!

Pereče je tudi vprašanje odnosa zdravnik-uporabnik. Pri nas še vedno prevladuje paternalistično stališče psihiatrije, po katerem je zdravnik tisti, ki aktivno "zdravi" in odloča, kar potiska uporabnika v pasivni položaj pacienta. To ima številne posledice. Ena od njih je, da se mnogi uporabniki bojijo obiskati psihiatra ravno tedaj, ko se jim stanje začne slabšati, saj vedo, da jih le-ta utegne obdržati v bolnišnici. V tej fazi bi potrebovali dodatno dozo zdravil in največkrat tudi uspavala. Če bi imeli vse to pri sebi in bi jih zdravnik poučil, kako ravnati, bi lahko skoraj vedno *sami* preprečili krizo, podobno kot diabetiki. Vedeti moramo, da večina uporabnikov psihiatrije ni nenehno "bolna" ali neprištevna. Uporabnik sam je tisti, ki prvi začuti, da nekaj ni v redu, zato bi mu morali omogočiti, da si pomaga sam, še preden to opazi okolica in sproži proces prikrivanja. Edino, kar preostane uporabniku, ki nima pri roki zdravil, je, da brezupno poskuša svoje stanje prikriti, na koncu pa mu ostane samo še beg. Dragoceni čas, ko bi bilo proces moč ustaviti, je izgubljen. Z njim pa je izgubljen občutek nadzora nad lastnim življenjem. Življenje uporabnika ni nikoli v njegovih rokah, niti tedaj ne, ko je povsem zdrav. Nad njim kot Damoklejev meč nenehno visi grožnja hospitalizacije in ravno ljudje, ki naj bi mu bili najbližji, so njegovi najhujši preganjalci. V dobri veri, da mu pomagajo, ga silijo k psihiatru, včasih tudi z zahrbtnimi sredstvi, in tako nevede krhajo vezi, ki so zanj vitalnega pomena. Tudi njim ne more več zaupati. Tudi oni niso pripravljeni prisluhniti, kako je človeku pri duši, če se za njim zaprejo vrata duševne bolnišnice. Kdor je to sam izkusil, ve, da se uporabnik ne brani tovrstne "pomoči" zato, ker je pač bolan in neprištev, temveč zato, ker čuti, da mu taka "pomoč" škoduje. Škoduje mu kot človeškemu bitju, ki bo potrebovalo mesece ali leta, da spere s sebe sledove hospitalizma, ki vztraja še dolgo potem, ko je kriza sama že zdavnaj minila.

To so le nekateri razlogi, zakaj potrebujemo zagovorništvo, menim pa, da jih je kar dovolj. *Uporabniki psihiatrije so najmanj zaščiteni skupina*, morda z izjemo otrok, ki imajo podoben status. *Kršene so njihove najosnovnejše človečanske, pa tudi zakonske pravice. Kršitelji niso nekateri neodgovorni po-*

* Podatek je posredoval dr. Vanja Rejec

amezniki, temveč so kršitve že vgrajene v gladko delovanje psihiatričnih institucij. Kršitve so torej sistemsko predvidene. Zagovorništvo si po eni strani prizadeva pomagati konkrentnim posameznikom, po drugi pa se zavzema tudi za problematizacijo duševnega zdravja nasploh. Podedovali smo real-socialistično psihiatrijo, ki je bila podaljšana roka represivne države, zdaj pa je čas, da se razmerje moči spremeni. Uporabnik mora iz pasivnega pacienta postati aktiven sogovornik z vso močjo in odgovornostjo, ki jo v danem trenutku zmore.

Razumljivo je, da psihiatrija gleda na pojav zagovorništva z velikim nezaupanjem. O tem poročajo predstavniki zagovorništva iz najrazličnejših držav. Psihiatri pravijo, da zagovorništvo ni potrebno, ker bi samo vzbujalo nezaupanje pri uporabnikih in svojcih. Na prvi del te trditve sem poskušala odgovoriti v začetnem delu tega sestavka, drugi pa prav tako zasluži nekaj pozornosti. Nezaupanja namreč ni prav nič potrebno vzbujati, nezaupanje že obstaja, predvsem med psihiatri in uporabniki. Potrebno je, da se z nezaupanjem in njegovimi vzroki soočimo ter ga poskušamo v dialogu razrešiti, namesto, da ga skrivamo za lažno prijaznostjo. Nezaupanje izvira iz konflikta interesov institucije in uporabnikov. Razrešimo pa ga lahko samo tako, da se institucija odpove delu svoje moči, ki preide na uporabnike. To pa je spet moč doseči samo s spremembo zakonodaje, saj se moči prostovoljno nihče ne odreče. Zavedamo se, da zagovorništvo čaka pri nas še dolga pot, saj nam manjka najosnovnejših izkušenj demokracije. Prvi koraki pa so tu. Ko bo psihiatrija dojela, da nazaj ni poti, in da tudi na mestu ne more obstati, bo nedvomno pripravljena na konstruktiven dialog, ki bo vključeval tudi razmejitev pristojnosti.

Kdo je pristojen za problematiko duševnega zdravja? Je ta razvejana problematika zares lahko v rokah ene same vede - psihiatrije, ki se hierarhično polašča spoznanj psihologije, socialnega dela, itd. in nad njimi vlada? Kdaj bo možno pravo timsko delo strokovnjakov različnih ved na enakopravni osnovi? Kakšen je spoznavno-teoretski status pojma "duševna bolezen"? Kakšen je družbeni pomen ustanov duševnega zdravja? Kakšne usluge želijo davkoplačevalci? Kako ozavestiti javnost o tej problematiki? Ta in še mnoga vprašanja čakajo na odgovor. Nekatera razmišljanja, ki so jih sprožila ta vprašanja bodo podrobneje prikazana v naslednjih sestavkih, na tem mestu pa želiva orisati vlogo zagovorništva pri nas.

Vloga zagovorništva v Sloveniji

Zagovorništvo predstavlja predvsem splošno idejno usmeritev, ki se zavzema za pravice uporabnikov uslug duševnega zdravja v najširšem smislu. Zavzema se za to, da bo uporabnik deležen *maksimalno učinkovite obravnave*, ki bo

poleg farmakološkega zdravljenja vključevala še različne oblike psihosocialne pomoči. Problem duševnega zdravlja ni le problem psihiatrije, saj je medicinski del *le eden od številnih vidikov uspešne obravnave* oseb s psihičnimi motnjami. Prevladujoči medicinski model, ki ga zastopa psihiatrija, vidi v duševnih motnjah le biokemične spremembe, ki jih odpravimo z ustreznimi farmakološkimi preparati, ne vidi pa okolja, ki te spremembe sproži, seveda pri tistih, ki so na to občutljivi. Zato tudi ne vidi potrebe po kompleksnejšem pristopu. Dokler splošna javnost skupaj z medicinsko stroko ne bo spoznala, da tudi najučinkovitejše zdravilo samo po sebi ne more prinesiti trajnih rezultatov, če ne obravnavamo človeka kot *celovite osebnosti*, ki živi v *specifičnih razmerah*, bo zagovorništvo potrebno. Zagovorništvo zavrača medicinski model kot neučinkovit, saj se usmerja le na prizadeti del posameznikove duševnosti, vse ostalo pa pušča ob strani. Poleg tega je ta model tudi logično neutemeljen, kot bova prikazala v naslednjih sestavkih.

V skladu s tem se zagovorništvo zavzema za ustanavljanje *vmesnih struktur*, ki bi omogočile posamezniku, da tudi v času duševne krize ostane v skupnosti. V svetu so znane različne oblike dnevnih centrov, kriznih centrov in zavetišč, kjer posameznik prejme vso potrebno pomoč ob bistveno manjši stigmatizaciji, zato je tudi manj problemov v zvezi s povratkom in reintegracijo v skupnost. Te strukture hkrati bistveno razbremenijo svojce prizadetih oseb, s tem pa se ublažijo čustveni konflikti, ki sicer lahko vodijo v novo krizo.

Družinsko okolje, v katerem živi uporabnik, je temeljnega pomena za duševno zdravje, vendar pri nas ni deležno nikakršne pozornosti. V tujini so znani programi *samopomoči* za družinske člane uporabnikov kot tudi različne oblike *družinske intervencije*, ki pomagajo pri učenju konstruktivnega sporazumevanja. Če so konflikti prehudi, se uporabnik lahko odloči za bivanje v stanovaljski skupini.

Seveda se zavedava, da vsega tega ni moč zgraditi čez noč. Prav tako se ne zavzemava za to, da bi kar takoj zaprli vse duševne bolnišnice, saj za to ni pogojev. Potrebno pa je začeti postopno zmanjševati število postelj, hkrati pa pospešeno graditi vmesne strukture. Tako bodo uporabniki zares imeli možnost *izbire*, psihiatrične institucije pa bodo izgubile svoj monopol in bodo prisiljene posodobiti svoje delovanje v smeri demokratizacije. Šele tedaj, ko bodo tudi na tem področju delovali zakoni ponudbe in povpraševanja, zagovorništvo morda ne bo več potrebno.

Nič ni pretirano, če rečeva, da se zagovorništvo zavzema za spremembo paradigme. V središču zanimanja je uporabnik in njegovi interesi, ne pa institucija kot doslej. Čeprav je spoštovanje človekovih pravic v demokratični družbi

vrednota sama po sebi, je v okviru zagovorništva celo več kot to - je sredstvo in predpogoj, da uporabnik ohrani samopodobo aktivne in odgovorne osebe na vseh področjih, kjer je za to sposoben. Za vse tiste odločitve, ki jih trenutno ni zmožen, pa si lahko izbere zagovornika, kateremu lahko zaupa, da bo ravnal v njegovem ali njenem interesu. Zagovornik nima pravice odločati o nobeni pomembni stvari, ki zadeva uporabnika, temveč mu le svetuje in pomaga do odločitve.

Poleg ozaveščanja javnosti je pomembna naloga zagovorništva tudi *ozaveščanje uporabnikov* samih. Tako kot ostala javnost imajo tudi oni podcenjevalni odnos do sebe in svojih vrstnikov. Potrebno je, da jih informiramo o temeljnih človekovih pravicah, ki pripadajo tudi njim, ter jim nudimo oporo in pomoč pri prizadevanju za njihovo dosledno uveljavljanje.

Kar se tiče oblik zagovorništva, kot jih poznajo v tujini, smo se pri nas odločili za kombinacijo vseh. V skupini sodeluje več profesionalno usposobljenih oseb (pravniki, psihologi, socialni delavci), ki pa delajo kot prostovoljci in so redno zaposleni drugje. Prizadevali si bomo zaposliti profesionalne sodelavce, brž ko bo to mogoče. Poleg tega je v delo vključeno tudi več prostovoljcev - študentov, ki bodo kasneje verjetno nadaljevali z zagovorništvom tudi na svojih delovnih mestih. Ne nazadnje velja omeniti bivše uporabnike, za katere se je izkazalo, da jih drugi uporabniki zelo hitro sprejmejo. Prizadevali si bomo razvijati tudi samozagovorništvo in kolektivno zagovorništvo ter ustanoviti združenje uporabnikov. Vsak član skupine prispeva po svojih sposobnostih in nagnjenjih. Tako npr. v skupini predstavimo značilnosti uporabnika, ki potrebuje pomoč, potem pa se javi tisti, ki bi želel z njim ali njo delati. Na sestankih izvajamo tudi skupinsko supervizijo.

Cilji zagovorništva

Za zaključek naj povzamem cilje projekta Zagovorništvo:

1. Pravna pomoč uporabnikom in bivšim uporabnikom psihiatričnih ustanov vključuje pomoč pri reševanju naslednjih problemov:
 - a.) Kršitve pravic v zvezi s prisilno hospitalizacijo.
 - b.) Zasebne tožbe in nasveti v zvezi z lastninskimi in drugimi spori z družino, stanodajalcem ali delodajalcem.
 - c.) Kršitve v zvezi z odvzemom opravilne sposobnosti in skrbništvom. d) Kršitve temeljnih človekovih pravic.
2. Pripravljanje predloga za dopolnitev zakonodaje o duševnem zdravju, po katerem naj bi imela vsaka prisilno hospitalizirana oseba pravico do

zagovornika in bi bila tako izenačena z ostalimi osebami, ki jim je proti njihovi volji odvzeta prostost. Če ima oseba, ki je storila kaznivo dejanje pravico do zagovornika, naj jo ima tudi oseba, ki največkrat ni storila nič!

3. Psihosocialna pomoč uporabnikom, bivšim uporabnikom in njihovim družinam:

- a) Izgrajevanje pozitivne samopodobe in podpiranje aktivnega prizadevanja za spoštovanje človekovih pravic v bolnišnici kot tudi zunaj nje.
- b) Vzpodbujanje odgovornosti uporabnikov in bivših uporabnikov za kompetentno odločanje o svojem življenju.
- c) Razvijanje socialne mreže za bivše uporabnike.
- d) Vključevanje bivših uporabnikov v načrtovanje novih dejavnosti.
- e) Informiranje sorodnikov o naravi motnje ter o konstruktivnih načinih komunikacije z uporabnikom.
- f) Družinska intervencija zaradi reševanja konfliktov.
- g) Spremljanje oseb v duševni krizi zaradi razbremenitve družine in preprečevanje nepotrebnih hospitalizacij.
- h) Psihofarmakološka pomoč.

4. Medijsko in politično delovanje z namenom ozaveščati javnost o problemih duševnega zdravja:

- a) Javne diskusije in predavanja.
- b) Pojavljanje na TV in v časopisih.
- c) Razdeljevanje pamfletov, zloženk in drugih informacij o delovanju zagovorništva. Ustanovitev rock skupine, ki bo z angažiranimi besedili opozorila na problematiko duševnega zdravja.
- d) Vključevanje političnih struktur (stranke, ministrstva).
- e) Navezovanje stikov z zagovorniki v tujini, predvsem v Avstriji in Italiji.
- f) Publicistična dejavnost: knjige, članki, priročniki.

5. Študijski program:

- a) Predavanja za strokovnjake s področja duševnega zdravja
- b) Organizacija izobraževanja za prostovoljce in bivše uporabnike, sodelavce projekta Zagovorništvo, vključno s supervizijo.

Viri:

Goffman, E. (1961). Asylums. London, Penguin Books.

Uradni list SRS, 1986, 30, 43. Postopek o pridržanju oseb v psihiatričnih zdravstvenih organizacijah.

Tanja Lamovec, Vito Flaker

ZAGOVORNIŠTVO V AKCIJI - PROCES EMANCIPACIJE

Thoreau je rekel: "Če bi bil prepričan, da nekdo prihaja k meni z zavestno namero, da mi stori dobro, bi bežal, kot da mi gre za življenje...iz strahu, da bi mi nekaj takega dobrega zares storil." "Pomoč" je pogosto zares le pretveza za izvajanje premoči nad drugim, zato ni čudno, da je beseda dobila že kar negativen pomen. V ZDA je v nekaterih krogih poleg policije najbolj osovražen poklic socialni delavec, saj oba opravljata enako funkcijo - nadzor, eden odkrito, drugi prikrito. Pri nas je v določenih krogih podobno osovražen poklic psihiatra.

Psihiatrija, kakršno poznamo, je primer izredno kratkovidne obrti. Pomoči ne vidi v perspektivi celovitega posameznikovega življenja, temveč je zazrta le v ozek izsek: premagati akutno krizo. Zaradi svoje slabovidnosti zabrede v paradoks, ki ga iz istega razloga prav tako ne vidi. Ne vidi namreč, da ta ista pomoč, ki bi bila morda v drugačnem kontekstu lahko koristna, pahne človeka v nevzdržen socialni položaj.

Psihiatrija, kakršno poznamo, torej ne nudi prave pomoči. Medikamenti, ki sicer lahko bistveno olajšajo krizo, ne odtehtajo socialne škode, ki jo stori stigmatizacija. V odsotnosti socialnih struktur, ki bi omogočile takemu posamezniku nadaljnji razvoj ob upoštevanju njegovih ali njenih potreb in sposobnosti, je hospitalizacija, tudi prostovljna, izraz nasilja in ne pomoči. Na vratih vsake duševne bolnišnice bi moralo, podobno kot na cigaretah, pisati: NEVARNO ZA VAŠE ZDRAVJE. Uporabniki, kot tudi njihovi svojci, se pogosto ujamejo na limanice. Zaslepljeni starši, ki zaupajo svojega otroka psihiatriji, navadno ne pomislijo, da mu podpisujejo smrtno obsodbo. Ko bo prišel ven, nikoli več ne bo tak kot prej. Ne samo, da so bistveno zmanjšane njegove možnosti za vključitev in uveljavitev v družbi v objektivnem smislu, temveč se pod vplivom institucije usodno preoblikuje tudi njegova samopodoba. Naj opišem le najpogostejše spremembe: pasivizacija in izguba avtonomije. Uporabnik postane "pacient", katerega naloga je, da potrpežljivo čaka, kaj bodo naredili drugi z njim. Nič takega, kar bi pomembno zadevalo njegovo življenje ni več v njegovih rokah. Na ta način izgubi občutek *notranjega nadzora*, ki se izraža v prepričanju, da lahko sami vplivamo na pomembne vidike svojega življenja. Izguba notranjega nadzora ima več posledic.

Ena od njih je *nezmožnost odločanja*. Ko vam npr. predlagajo upokožitev, se temu niste zmožni upreti (čeprav imate formalno pravico), ker v resnici ne veste, kaj bi bilo najbolje za vas. Če tako pravijo strokovnjaki...

Druga posledica je *pomanjkanje motivacije* za karkoli, še posebno za delo ali učenje. Ker ne verjamete več v svoje sposobnosti, pričakujete neuspeh. Prav tako pričakujete zavračanje s strani kolegov. V takih pogojih je seveda najbolj "normalna" rešitev, da se vsemu temu izognete.

Vse to povzroči *izgubo identitete*. Ne veste več, kdo ste, saj ste izgubili najpomembnejša obeležja svoje identitete: niste več kolega, niti prijatelj, niti zakonski mož (tudi če ste, to niste več, temveč ste si pridobili status nekoliko prevelikega otroka). Ostane vam le še status duševnega bolnika, edini, ki ga vam nihče ne oporeka.

Končna posledica je drastičen padec *samospoštovanja*, samozavesti in občutka kompetentnosti. Od začetnih ritualov degeneracije, katerih neposredni namen je zlom človeškega dostojanstva in s tem možnost boljšega obvladanja, do pasivizacije in deindividualizacije, do stvarnih težav v koncentraciji in intelektualnih sposobnostih, upočasnenosti in vseh drugih posledic pretiranih doz zdravil, vse to pripomore k drastičnemu propadanju zaupanja vase.

Bistvo procesa, v katerem posameznik postaja duševni bolnik, je v načinu definiranja problema s strani institucije, ki ga Rose in Black (1985) označujeta kot *dekontekstualizacija*. Videnje disfunkcionalnega vedenja kot medicinske entitete povzroči *prekinitev povezave med posameznikovo subjektivnostjo*, njegovim zaznavanjem in doživljanjem, ter *objektivnim kontekstom* njegovega vsakdanjega življenja. Medicinski model povsem zanemari kontekst in zreducira pozornost na izolirano, asocialno eksistenco posameznika, znotraj katere išče razloge za disfunkcionalno vedenje. Tako vsili uporabniku novo socialno realnost, ki jo mora sprejeti, če želi preživeti. Njegovo vsakdanje življenje in problemi niso več taki, kot jih je opredelil sam, temveč se začno opisovati z novim jezikom - jezikom duševne bolezni. Njegova dejanja niso več običajna dejanja, temveč so to simptomi, regres, dekompenzacija, acting out, itd.. Vsi ti izrazi služijo redukciji socialne stvarnosti na intrapsihična izkrivljanja. Njegovo doživljanje je v tem sistemu povsem razvrednoteno, s tem pa je zanikana tudi njegova subjektivnost. Ker je zveza med njegovim doživljanjem in kontekstom, v katerem se dogaja pretrgana, je vse njegovo doživljanje apriori patološko. Posameznikovega vedenja institucija ne ocenjuje glede na pomen, ki mu ga sam pripisuje, temveč v odnosu do skupine pravil, ki nimajo prav nobene zveze z njegovimi resničnimi interesi, temveč

služijo le gladkemu delovanju ustanove. Vedenje, ki ga zahtevajo od njega, je ravno obratno od tistega, ki ga posameznik potrebuje, da bi preživel v skupnosti.

Sčasoma se novi socialni red, ki mu je bil vsiljen od zunaj, ponotranji. Posameznik sprejme njemu vsiljeno opredelitev problema in samega sebe. To seveda povzroči veliko zmedo. Nenadoma prenehajo veljati norme in pomeni, kakršnih je bil navajen v dosedanjem življenju. Namesto mučnega kaosa, ki ga doživlja, mu ustanova ponuja svoj red, svojo definicijo realnosti. Vsak zaveden ali nezaveden poskus avtonomnega ravnanja v vedenju, čustvovanju ali razmišljanju začne tudi sam tolmačiti kot del bolezenske simptomatike, zato tudi sam beži pred svojo subjektivnostjo, duši svoje doživljanje. Na sebe gleda kot na bolnika in ne vidi več povezave med svojim doživljanjem in objektivnimi pogoji. Če ob poniževanju s strani osebja začuti jezo, se prestraši, kajti prepričan je, da je to znak poslabšanja. Soočen z nujno, da hitro zazna pričakovanja nosilcev strukture moči, vedno bolj izgublja stik z lastnimi potrebami. Aktivna prizadevanja za njihovo zadovoljevanje se umaknejo pasivnemu pristajanju na dane razmere. S tem je prerezana popkovina sposobnosti za *smiselno* življenje.

Na tem mestu velja opozoriti na razliko med *potrebami* in *interesi*. Potrebe oseb v duševni stiski so seveda enake kot potrebe vseh ljudi: dostojno bivališče, ustrezna sredstva, pravna zaščita, možnost sodelovanja v smiselni interakciji z drugimi, spoštljivo ravnanje ob upoštevanju človeškega dostojanstva, itd.. Vse te potrebe so običajne človeške potrebe in nimajo nič opraviti s psihiatrično pomočjo.

Institucija ne misli tako. Kadarkoli potrebe uporabnikov opredeljuje institucija, lahko pričakujemo, da jih bo opredelila v skladu s svojimi interesi. To stori tako, da zadovoljevanje omenjenih potreb *nerazdružno poveže s psihiatričnimi uslugami*. Če uporabnik hoče zadovoljiti prve, mora sprejeti druge. Tako se npr. dogaja pri nas, da se bivši uporabniki, ki dobivajo premalo sredstev, da bi si zagotovili lastno prehrano, vsak dan vračajo v bolnišnico na kosilo, ki je zanje zastoj. Na ta način psihiatrija skrbi za neprekinjeno vzdrževanje *statusa pacienta kot trajne identitete*. Tako zadovoljevanje potreb, pa čeprav v materialnem smislu ustrezno, *ni v interesu uporabnika*, temveč v interesu ustanove. Na to mora biti zagovornik še posebno pozoren. Zadovoljevanje potreb na način, ki nadaljuje vzorec *odvisnosti*, ni v interesu uporabnika.

Cilj zagovorništva je v končni fazi opolnomočenje uporabnikov (empowerment), njihova emancipacija. Eno polje delovanja je razvijanje strategij za

neposredno akcijo pomoči uporabnikom. Njegov namen je podpirati individualna in kolektivna prizadevanja, razumeti in transformirati konkretne probleme vsakdanjega življenja skozi proces izgradnje zaupanja, potrjevanja, podpore, spreminjanja samopodobe, povečevanja avtonomnosti in lastnega nadzora, zagotavljanje zakonske zaščite in pomoč pri izvedbi konkretnih akcij. Drugo polje delovanja vključuje zagovorniške dejavnosti, ki skušajo spremeniti objektivne pogoje, ki zadevajo večje število uporabnikov. Z drugimi besedami pomeni to politično akcijo.

Zagovornik je v bistvu edukator. Ljudje, ki so dolgo časa v položaju nemoči, začno jemati ta položaj kot naravno danost, zato niso zmožni kritično oceniti svoje situacije, še manj pa se dejavno odzvati nanjo. Za zagovornika je temeljnega pomena, da *zaupa* uporabniku, ko sledi svojemu zaznavanju stvarnosti, *hkrati pa razumeti*, da so njegove zaznave morda močno izkrivljene zaradi pogojev, ki oblikujejo njegovo življenje.

Vsi uporabniki totalnih institucij imajo skupno značilnost, da so *objekt za druge*. Subjektivni pol, ki spoznava in deluje pa je potisnjen v ozadje. Odgovorni subjekti *spreminjajo* svet, zanesljivi objekti pa *konsumirajo* vidike socialnega sveta in obstajajo zato, da ga *reproducirajo*. Objekti so stvari, namenjeni, da vzdržujejo socialno realnost v sedanji obliki. Naloga zagovornika je pomagati pri transformaciji iz objekta v subjekt. Emancipacija je proces brez konca. Nima vnaprej določenega cilja in v kvalitativnem smislu ne more biti končana. Odvija se s pomočjo *dialoga* med uporabnikom in zagovornikom.

Svet uporabnika moramo videti kritično, v smislu objektivnih okoliščin ter hkrati sprejeti njegovo subjektivno zaznavo kot začetno točko za akcijo. To pomeni, da moramo manipulacijo, ki ji je podvržen, videti v njenih objektivnih manifestacijah, v neprestani psihiatrični atribuciji patologije in hkrati videti, kako oseba, potisnjena v vedenje in ideologijo duševne bolezni, doživlja samo sebe, oziroma svojo identiteto.

Ljudje, ki so zatirani, pogosto dvomijo v validnost svojih spoznanj, kar je seveda v korist gospodarjev. Dvom in zanikanje sebe sta sestavni del *objektivnega* konteksta, oziroma iz njega logično izhajata. Strokovnjaki na področju duševnega zdravja so naučeni, da *rešujejo probleme*. V resnici je potrebno nekaj povsem drugega. Potrebno je *zastavljati* ljudem *probleme* o njihovem svetu. Na ta način se vsak problem razkrije kot del širše celote.

Uporabniki se najpogosteje izražajo s *pritožbami*. Kar imajo povedati, redkokdo zares posluša, ker jih njihov status diskvalificira. Hkrati se njihovi

komentarji navadno obravnavajo kot *del* njihove *patologije*. Osebe jemlje njihove pritožbe kot izključno subjektivne in jim odreka vsako objektivno osnovo. Ta je pogosto precej širša od same pritožbe.

Pritožbe moramo videti kot vrsto kritičnega komentarja, čeprav je morda v preobleki. Vzeti jih moramo resno in doseči, da jih uporabnik uvidi v vseh njihovih razsežnostih. Pritožbe postopoma transformiramo v raziskovalni proces, ki bo razkril njihove vzroke.

Tako v mišljenju kot tudi v čustvovanju uporabniki ne zaupajo svojemu doživljanju. Svoja čustva dojemajo kot subjektivna in izkrivljena. Subjektivna validacija je možna skozi proces ponovnega pridobivanja človeškosti v dialogu, ob iskanju povezav z objektivnim svetom vsakdanjega zatiranja. Potrebno je poiskati eno od področij vsakdanjega življenja, ki je uporabniku pomembno in je največkrat izraženo kot pritožba. Sledi refleksija o tem področju in iskanje temeljev v socialni realnosti. Tako se pokaže, da težava ni nekaj neizogibnega, temveč rezultat povsem specifičnih okoliščin.

Proces, v katerem posameznik postaja "duševni bolnik", večini ljudi *odvzame občutek validnosti*. Paradoks je v tem, da jih ustanova vidi kot sposobne odločati o sebi in odgovorne le tedaj, kadar se ji uprejo. Hkrati pa je to znak njihove patologije.

Točka intervencije zagovornika je nekje vmes med *situacijo*, v kateri se ljudje znajdejo in njihovo *zaznavo sebe v tej situaciji*. Način intervencije je *akcija* in ne morda prepričevanje ali razlaga. Ne gre za načela, temveč za interese konkretnega uporabnika, zato se ne sme zgoditi, da bi se spustili v bitko z institucijo, ker bi bili bojno polje uporabniki.

Zelo pomembno je, da poiščemo prave probleme. Pri tem nam pomaga poznavanje celotne palete *zakonitih pravic*. V večini praktičnih primerov lahko najdemo vodila v zakonodaji. Zavest, da so njihove pravice kršene, da obstaja nek zakon ter zagovornik, ki je na njihovi strani, večini ljudi vzbudi pripravljenost za akcijo.

Zagovornik se mora izogibati dvema skrajnostima. Prva je *opuščanje odgovornosti* za vodenje, druga pa je težnja po *pretiranem zaščitništvu*. Opuščanje vodenja je dokaj pogosta napaka in izvira iz nerazumevanja identitete "duševnega bolnika", ki sem jo opisala v začetku. Zaradi indoktrinacije v vlogo pasivnega objekta, ki jo je uporabnik ponotranjil, zares ne zmore mnogih stvari, za katere bi lahko "objektivno" predpostavljali, da jih zmore. V začetku morda potrebuje vodstvo in nasvet za vsako, še tako neznatno

avtonomno dejanje ali odločitev. Njihove težave niso namišljene in škodljivo je, če jih v tej smeri prepričujemo. Stojmo jim ob strani, naredimo to skupaj z njimi. Samozaničevanje, v katerega je bil uporabnik indoktriniran, lahko povzroči, da ga vidimo kot predmet psihoterapevtske intervencije, pri tem pa pozabljamo na objektivne okoliščine, ki ga povzročajo in vzdržujejo.

Naloga zagovornika je predvsem v tem, da poskuša proces, ki ga je sprožila institucija znova obrniti v pravo smer. Emancipacija pomeni popravljanje škode, ki jo je utrpel uporabnik. Ker je jedro destruktivnega procesa, v katerem se uporabnik odreče svoji subjektivnosti, dekontekstualizacija, velja posvetiti kar naječ pozornosti "*kontekstualizaciji*", povezovanju subjektivnega doživljanja z objektivnimi okoliščinami. Uporabniku moramo vedno znova pokazati, da je njegovo doživljanje validno, da predstavlja smiselno, pa čeprav v socialnem smislu ne najbolj ustrezen odgovor na dano situacijo. Uporabnik se mora znova naučiti zaupati lastnemu doživljanju in si pridobiti prepričanje, da je povezano z zunanjimi dogodki. Kar se tiče pretiranega zaščitništva, velja, da praviloma ne storimo ničesar namesto uporabnika ali za njega, še najmanj za njegovim hrbtom, ampak, kadar je le realno mogoče, skupaj z njim. Postopoma mu prepuščamo vedno bolj aktivno vlogo, čeprav mu še vedno stojimo ob strani. Npr., ko gremo prvič skupaj v trgovino, govorimo mi, povemo pa mu, da bo naslednjič govoril on.

PROCES EMANCIPACIJE

Proces emancipacije poteka v fazah, ki pomenijo postopno premikanje iz pozicije pasivne nemoči in samouničujoče izolacije k vedno večjemu ozaveščanju in avtonomiji. V tem sestavku so zaradi večje preglednosti prikazane faze kot ločene enote, dejansko pa med njimi poteka neprestana interakcija. Tudi vrstni red ni nujno tak, čeprav navadno vsaj načeloma drži. Pogosto se zgodi, da se proces večkrat vrne v katero od zgodnejših faz, kar ne pomeni nujno zastoja ali neuspeha. Mnogih dogodkov ne moremo vnaprej predvideti in ni nobenega "pravega načina" njihovega poteka. Hkrati je to proces obojestranske interakcije med uporabnikom in zagovornikom, v katerem se spreminjata oba. Tako kot zagovornik vstopi v realnost uporabnika, ga skuša razumeti in se učiti od njegove realnosti, tudi uporabnik spoznava zagovornika, ga včasih preseneča s svojimi uvidi in ga uporablja za model v spretnostih, ki jih slabše obvlada.

1. Prva faza je namenjena *spoznavanju*, ki je seveda obojestransko. Zagovornik postopno odkriva subjektivne pomene, ki jih je uporabnik izdelal o sebi in svojem življenju. Vključuje razumevanje njegovega pojmovanja sebe kot

središča njegovih zaznav, vsakdanjih doživetij, potreb, ciljev, aspiracij, frustracij in razočaranj. Ob spoznavanju uporabnikovega notranjega sveta, se zagovornik seznani tudi z njegovo življenjsko zgodbo, poseben poudarek pa posveča trenutnim življenjskim okoliščinam. Skupaj obiskujeta kraje, v katerih se uporabnik običajno zadržuje, se srečujeta s prijatelji in družino. V tej fazi se zagovornik uči od uporabnika, ter poskuša dojeti pomene, ki jih imajo različne okoliščine zanj. Hkrati se razvija tudi obojestranski medsebojni odnos v obliki dialoga, v katerem tudi uporabnik spoznava zagovornika, njegove vrednote in način dela. Spoznavanje zagovornikove socialne realnosti ter informacije, ki jih ta nudi glede zakonitih pravic, omogočijo uporabniku kritično oceno svojih stališč. Še bolj pomembna kot njegovi podatki in nove ideje, pa so skupna doživetja, ki jih oba udeleženca delita.

2. *Tematizacija* se neposredno navezuje na prejšnjo fazo. Iz podrobnih opisov uporabnikovega doživljanja izvečemo t. i. *generativne teme*. To so tisti temeljni vidiki uporabnikovega življenja, tako objektivni kot subjektivni, ki so zaradi zatiranja in zaslepljevanja skriti njegovemu zavedanju. Prepoznamo jih po enostranskemu ali izkrivljenemu gledanju na problem. Tak primer je npr. nenehno pritoževanje nad hrano v ustanovi ob nesposobnosti uvideti druge, še hujše pomanjkljivosti. V kasnejši fazi bomo poskušali te probleme postaviti v širši okvir ali jih prikazati na nov način, sedaj pa le zbiramo podatke in pozorno poslušamo sogovornika, ter ga vzpodbujamo k izražanju čustev in stališč. V tej fazi so to večinoma pritožbe. Pomembno je, da sogovornika validiramo v tem smislu, da ima pravico do svojega mnenja, ni pa potrebno, da se spuščamo v vsebino posameznih pritožb. Zagotovimo mu, da jih bomo kasneje podrobno obravnavali.

Dve pomembni generativni temi sta *odtujenost* in *vdanost v usodo*. Odtujenost je izraz nadvlade, oz. nemoči, izolacije in odvisnosti, ki so vsiljene uporabniku, tako z objektivnimi pogoji vsakdanjega življenja, kot z vsiljeno odvisnostjo v obnašanju in identiteti. Kasneje, ko bo uporabnik pripravljen, ga bomo poskušali s temi vidiki soočati, v tej fazi pa je pomembno ugotoviti, kateri od njih so ključnega pomena. Vdanost v usodo je posledica *uzakonjenega* zatiranja in z njim povezanega zaslepljevanja. Kaže se kot zaznavanje sveta kot nespremenljivega in zaprtega, obravnavanja socialnih odnosov kot naravne danosti, ki je ni moč spremeniti. Pomeni tudi zaslepljenost glede izvora problemov, s katerimi se uporabnik srečuje, kar povzroča konformnost, fatalizem in samozaničevanje.

lastnimi čustvi je največja ovira za njihovo emancipacijo. Zagovornik naj

3. *Problematizacija* je faza, v kateri zagovornik na kritičen način s svojega zornega kota predstavi uporabniku enega najbolj perečih problemov, s katerim ga je ta prej seznanil. To pomeni, da ga podrobno seznani z vsemi zakonitimi pravicami, pa tudi dolžnostmi, ki jih ima, predvsem pa, da mu pomaga zastaviti problem na način, ki omogoča *akcijo*. Iz splošnih, neoprijemljivih pritožb mu pomaga izluščiti konkretne, vsakdanje situacije, ki jih je uporabnik prej sprejemal kot dane in nespremenljive. Včasih pa je potrebno problem postaviti v nov ali širši okvir. Posamezna kršitev je včasih izraz sistematičnega podcenjevanja in nadvlade, kar zahteva drugačno strategijo.

Problematizacija odpira nepomirljiv konflikt med zaprtim, danim svetom, ki se izraža v uporabnikovi identiteti ter med navidezno "normalnimi" odnosi, ki jih ima s svojimi sorodniki ali skrbniki. Kaže na probleme tam, kjer jih prej ni bilo. Uporabniku prikaže svet, ki je odvisen od človeških dejanj, s tem pa spreminja pasivno sprejemanje danega v sposobnost delovanja. V tej fazi je še posebej pomembno, da potrjujemo uporabnika kot osebo, hkrati pa ne podpiramo tistih vidikov njegovega obnašanja, ki izvirajo iz ponotranjenja nalepke "duševnega bolnika". Spodbujamo izraze avtonomije, pripravljenosti za akcijo, odločnosti in samospoštovanja, ki se začno spontano pojavljati, izrazom "azilske mentalitete", ki so še vedno pogosti, pa ne posvečamo pozornosti. Odzivamo se torej predvsem na pozitivne, konstruktivne pobude in pri tem uporabniku nudimo oporo in nevsiljivo vodstvo.

Prve spremembe opazimo v uporabnikovih zaznavah *zunanjega* sveta. Na trenutke je že zmožen videti svet kot problem, ki ga je potrebno rešiti in ne kot naravno danost. Ni odveč, če ga večkrat spomnimo na pravice, ki mu po zakonu pripadajo. Skozi spremembe v zaznavanju zunanjega sveta se postopno začneja spreminjati tudi njegova samopodoba. Zelo pomembno je, da ga vseskozi obravnavamo spoštljivo, z vsem dostojanstvom in se ne damo zavesti njegovim izrazom samozaničevanja. Poleg tega, da spoštovanje pomaga poglobljati odnos med obema udeležencema, ima še dve pomembni funkciji. Po eni strani problematizira njegovo negativno samopodobo, ki jo vzbuja status duševnega bolnika in pričinja vzbujati dvome v njeno upravičenost. Po drugi strani predstavlja odnos med zagovornikom in uporabnikom model konstruktivnih medosebnih odnosov, kakršnih uporabnik ni več vaju. Paziti moramo, da ne zaidemo v drugo skrajnost in ne postanemo žrtve njegovih pretiranih zahtev, ki so sicer razumljive, niso pa opravičene. *Dosledno zahtevamo, da spoštuje tudi naše*

svojem življenju. Vključuje razumevanje njegovega pojmovanja sebe kot

želje. Spoštovanje mora biti obojestransko, ne glede na to, da odnos v tej fazi še ne more biti enakopraven.

4. *Negotovost* označuje obdobje, v katerem se uporabnik, ki je bil sodelavec v dialogu, *odzove* na problematizacijo stvarnosti. Znajde se v situaciji, kjer ni več nobenih trdnih norm ali opornih točk za razumevanje vsakdanjega življenja. Uporabnik spozna, da je njegova življenjska situacija drugačna od tiste, v kakršno je verjel prej, in da stvari niso nujno take, kot so se zdele prej.

V njegovem doživljanju se ta faza kaže kot *zmeda, strah, tesnoba ali jeza*. Pojavijo se čustva, ki so bila prej potlačena zaradi lažnega tolmačenja okolja, češ, da so simptomi bolezni. Nenaden izbruh teh čustev povzroči uporabniku največkrat močan strah, saj nekje v globini še vedno verjame, da se ga znova loteva "bolezen". Navajen je namreč, da vsak preblisk kritične ocene dejanske situacije pomeni poslabšanje.

To obdobje ni brez nevarnosti. Premočna čustva lahko ogrozijo posameznikovo zmožnost samokontrole. Pojavi se strah, ta pa zmožnost samokontrole še nadalje znižuje. V tem obdobju je zagovornikovo ravnanje odločilnega pomena. V veliki meri je odvisno od njega, ali se bo kriza konstruktivno razrešila in odprla možnosti za nadaljnji razvoj, ali pa se bo uporabnik vrnil na začetno točko. Tudi možnost psihotične reakcije ni izključena.

Kaj mora storiti zagovornik? Predvsem je potreben *intenziven* stik z uporabnikom, ki mora biti prepričan, da ga ne bomo pustili na cedilu. Pogosto je potrebno vključiti tudi druge prostovoljce, s katerimi se je uporabnik že predhodno spoznal. Vedeti mora, da ima vedno na razpolago osebo, na katero se lahko obrne po pomoč. Zagovornik se mora naučiti *sprejemati čustva* sogovornika, ne da bi se pri tem čutil ogroženega. Mirno naj posluša izlive čustev, kakršnakoli so že, ter jih sprejme kot naravni izraz situacije. Potrjevati mora uporabnika v prepričanju, da so to povsem normalna čustva in ne izraz bolezni ter mu nuditi oporo. Predvsem pa je pomembno, da se ne prestraši. Vedeti mora, da čustva zrahljajo meje med dvema osebama, ki sta v zaupnem odnosu in da so nalezljiva. Če zagovorniku uspe obvladati *svoja* čustva, jih bo obvladal tudi uporabnik in obratno. Slednji potrebuje pravzaprav samo zagotovilo, da so njegova čustva obvladljiva. To mu lahko zagotovimo samo s svojim zgledom. Sporočilo, da svoja čustva lahko obvlada, je najpomembnejše, kar lahko damo uporabniku. To je hkrati tudi dokaz, da niso bolezenska, kakor so ga prepričevali. Strah uporabnikov pred lastnimi čustvi je največja ovira za njihovo emancipacijo. *Zagovornik naj*

bo torej predvsem pozoren na svoja čustva in naj miri samega sebe, ne uporabnika. Ta se bo pomiril sam, saj čustveni izbruhi ne trajajo dolgo, v kolikor jih vedno znova ne vzpodbujamo. Ko se uporabnik nekoliko pomiri, ga poskušamo odvrniti od ponovnega izbruha, kajti ni naš namen, da bi ga v tem vzpodbujali. Prav tako pa ga ne smemo zavirati tedaj, ko je neko čustvo na vrhuncu izražanja. Čustva, ki so bila prej potlačena, se morajo izraziti da jih posameznik lahko občuti, nobene koristi pa ni v pretiranem izražanju. Pustimo, da normalno izzvenijo, potem pa naj se stvar konča.

Pomembno je, da uporabnika naučimo strateškega izražanja čustev. To pomeni, da jih lahko izraža samo osebi, ki ji zaupa, v prisotnosti oblastnikov pa jih mora brezpogojno nadzorovati, da prepreči nepotrebno hospitalizacijo. Prav tako je potrebno prepričati uporabnike, naj nikoli ne delujejo pod vplivom močnih čustev. Kadarkoli začutijo močno čustvo, naj avtomatično prenehajo z vsako akcijo, ker se ne bo dobro končala.

V tem obdobju je koristno vključiti uporabnika v skupino, ki naj jo sestavljajo prostovoljci in drugi uporabniki. Svoje doživljanje, ki je v tej fazi zares razgibano, lahko deli z drugimi, ki so na tej ali oni strani že doživeli proces emancipacije. Na ta način je uporabnik deležen dodatne opore, kar po eni strani razbremeni zagovornika, hkrati pa pripomore k razvoju občutka *solidarnosti*. Dokler se uporabnik počuti povsem razvrednotenega, na isti način vidi tudi druge uporabnike, zato solidarnost skoraj ni možna, razen morda v skrajnih primerih. Šele ko se samopodoba nekoliko izboljša, nastopijo pogoji za pravo solidarnost.

5. Ko je uporabnik uspešno prebrodil fazo negotovosti se je tudi odločil, kaj želi neposredno spremeniti v svojem življenju. To je faza *izbire*, ki kot vse ostale, vključuje tako objektivno kot subjektivno dimenzijo. Objektivni vidik pomeni *izbiro akcije*, ki smo jo skupaj določili kot cilj intervencije. Subjektivni vidik vključuje refleksijo o samem sebi kot osebi, ki izbira in ustvarjalno deluje.

Izbira je vedno sporazumna. Če se ne moremo sporazumeti, nadaljujemo z dialogom. Zagovornik se mora zavedati, da je položaj uporabnika zelo ranljiv. Včasih se zgodi, da se uporabnik prestraši in premisli. Zagovornik mora njegovo odločitev absolutno spoštovati in jo sprejeti kot validno. Nikakor ni na mestu, da ga kakorkoli silimo, češ, da je dobro zanj. Uporabnik in njegove izražene potrebe so na prvem mestu in nikoli si ne smemo dovoliti, da bi žrtvovali osebo zaradi načel. *Zagovornik torej v nobenem primeru ne odloča namesto uporabnika*, temveč le skupaj z njim. Če se zagovornik z določeno akcijo ne strinja, jo seveda lahko odkloni.

6. *Strateški načrt* vključuje podrobno pripravo na akcijo, ki jo je treba razmisliti do potankosti, vključno s predvidenimi oziroma možnimi posledicami. Pogosto je to družinska intervencija, kjer je konflikt med interesi uporabnika ter interesi oseb, ki so v njegovem življenju ključnega pomena. V tem primeru je potrebno, da zagotovimo tako upoštevanje njegovih interesov kot tudi ohranitev ali vzpostavitev ustreznih medosebnih odnosov. Dogovorimo se za strateško ravnanje, ki izključuje kakršnokoli nekontrolirano izražanje čustev. Vedeti moramo, *kaj* želimo doseči in *kako*.

Prepričati se moramo, da se uporabnik zaveda vseh možnih, tudi negativnih posledic, ter da je natančno seznanjen, kakšno vlogo bo pri akciji sam odigral.

7. *Izvedba akcije* poteka po pravilu ob sodelovanju uporabnika, razen v posebnih primerih, ko to ni priporočljivo. *Zagovornik* po pravilu *ne stori ničesar za uporabnika*, temveč le skupaj z njim. Pri tem mu nudi vodstvo in oporo in ga v nobenem primeru ne sme prepustiti, da se znajde sam. Prav tako zagovornik ne sme vzeti akcije v svoje roke, saj je v tem primeru uporabnik samo zamenjal gospodarja.

8. Ko je akcija končana, sledi *ocena* njenih rezultatov in kritična refleksija doživljanja vseh udeležencev. Upoštevamo tako objektivno kot subjektivno dimenzijo in ocenjujemo vrednost posamezne taktike ali vidika akcije. Ne glede na to, ali smo objektivni cilj dosegli (če nismo, je potrebno vedeti zakaj), je v subjektivnem smislu vsaka akcija uspešna. Potrjuje uporabnikovo avtonomijo, krepi občutek solidarnosti ter ga prepričuje, da sam soustvarja svojo vsakdanjo stvarnost.

9. Vsaka izvršena akcija povečuje *razumevanje* zunanje in notranje stvarnosti in vzpodbuja aktivni odnos do nje. Hkrati predstavlja nov začetek, izhodišče za načrtovanje naslednje akcije. Ta je lahko individualna ali kolektivna, ki je usmerjena na doseganje skupnih ciljev. Sodelovanje v akciji povzroči spremembe pri vseh sodelujočih. Spoznajo, da se lahko mnogo naučijo drug od drugega, poveča pa se tudi njihovo razumevanje objektivnega zatiranja, ki so ga deležne osebe z duševnimi motnjami ter druge skupine, ki so na dnu lestvice socialne moči. Konflikte, katerih izvor se je prej zdel nejasen, prepoznajo kot izraz nasprotujočih si interesov vladajočih in zatiranih struktur. Ne nazadnje tudi spoznajo, da imajo tudi razmeroma nemočne skupine možnost, da spremenijo vladajočo družbeno prakso, posebno, če jih pri tem podpira ustrezna zakonodaja.

Opisane faze sva povzela po izvrstnem delu: Advocacy and Empowerment, ki sta ga napisala Rose in Black (1935) in predstavlja neke vrste priročnik za zagovorništvo. Dodala sva še nekatere napotke za ravnanje s čustvenimi odzivi, ker je pri nas tovrstno znanje na zelo nizkem nivoju v primerjavi z ZDA, kjer je bila knjiga izdana. Proces emancipacije, kot ga opisujeta avtorja, se povsem sklada z avtoričinimi osebnimi izkušnjami kot uporabnice in kot zagovornice.

Posebna odlika omenjenega dela je dosledno poudarjanje pomena kontekstualizacije, to je povezovanja subjektivnega doživljanja z objektivnimi pogoji, česar se včasih premalo zavedamo. Brez tega se naša dejavnost nujno sprevrže v dobrodelnost ali pa neke vrste psihoterapijo. Dobrodelnost pojmujeva kot služenje lastnemu pohlepu po dajanju pomoči, pri čemer ni posebno pomembno, če jo prejemnik potrebuje, želi, oziroma, če je sploh v njegovem interesu. Kar se tiče psihoterapije, so stvari manj jasne. Nekatere oblike psihoterapije si prizadevajo spremeniti klienta po svoji podobi, druge pa dopuščajo, da klient sam izbere, kaj želi pri sebi spremeniti. Med slednjimi najdemo predvsem različne oblike vedenjske modifikacije, ki pa imajo slab sloves, ker jih ljudje napačno enačijo s kaznovalnimi tehnikami. V resnici so precej bolj sporne psihodinamično usmerjene terapije, ker problem, podobno kot psihiatrija, locirajo izključno znotraj posameznika.

Proces emancipacije ni psihoterapija, čeprav ne bova zanikala, da vključuje tudi nekatere elemente, ki so skupni s psihoterapijo. To so elementi, ki so skupni tudi vsem dobrim medosebnim odnosom, pa morda še nekateri, ki so blizu vedenjskih modifikacij. Obstaja pa temeljna razlika. Psihoterapija, katerekoli vrste, je usmerjena na spreminjanje vedenja/doživljanja posameznika, ki ima določen problem. Emancipacija pomeni spreminjanje samega sebe ob istočasni dejavnosti, usmerjeni na zunanji svet. V tem je pomen kontekstualizacije, ki pomeni radikalen prelom s kakršnokoli obliko psihoterapije. Emancipacija, za kakršno se zavzema zagovorništvo, je konceptualno najbližja temu, kar v angleščini označujejo kot "consciousness raising", čeprav ima precej bolj izraženo akcijsko komponento.

Iz vsega tega sledi, da je zagovorništvo nujno *radikalno*. Rose in Black se izražata v dokaj ideološkem in težko berljivem žargonu, v katerem zasledimo vplive Marxa, Marcuseja, Freireja, pa tudi Lainga, čeprav slednjega nikjer izrecno ne omenjata. Meniva, da ideologija ni potrebna, zato sva se, kolikor je mogoče trudila, da pričujoči sestavek očistiva tega žargona. Seveda pa še vedno ostaja dejstvo, da je izvor večine konfliktov, ki jih doživlja uporabnik v tem, ker *družba ne upošteva njegovih interesov*. A ne le to. Nasproti jim

postavi svoje lastne interese (npr. udobna služba v ustanovi) in prisili uporabnika, da jim streže. Seveda se izvajalci uslug potrudijo, da to prikrijejo in prepričajo uporabnika, pa tudi širšo javnost (njeni interesi so spet drugačni), da vse to počnejo za dobro uporabnika. Zagovornik je po svoji funkciji brezpogojno na strani uporabnika. Iz tega logično sledi, da ne more biti hkrati tudi na strani institucije. Srednje poti ne more biti, načini delovanja pa so seveda lahko različni, kar je stvar pragmatičnih odločitev.

Kako vemo, kaj je v interesu uporabnika? Včasih nam lahko to pove sam, včasih ne. Na splošno lahko rečemo naslednje: **V INTERESU UPORABNIKA JE VSE TISTO, KAR MU V DOLGOROČNEM SMISLU OMOGOČI, DA KAR V NAJVEČJI MOŽNI MERI RAZVIJE IN UPORABI SVOJE ZMOŽNOSTI.** V njegovem interesu je tudi, da mu ponudimo čimveč možnih izbir. Dokler nima nobene izbire, ostaja monopol institucij nedotaknjen. Če mu lahko ponudimo izbiro, moramo poskrbeti, da bo lahko *prostovoljno in odgovorno* izbiral. To pomeni dostopnost informacij. Vse ostalo ni v njegovem interesu in ne pomeni pomoči. Nič čudnega ni, da mnogo uporabnikov psihiatričnih ustanov odklanja tako "pomoč". Tega ne gre pripisati pomanjkanju razuma, kot želijo prikazati upravljalci ustanov. Uporabniki se ne branijo take "pomoči" zato, ker je nekaj narobe z njimi, temveč zato, ker je nekaj narobe s "pomočjo". Taka "pomoč" ni v njihovem interesu.

Viri:

Rose, S.M., Black, B.L. (1985). *Advocacy and Empowerment: Mental Health Care In the Community*. Boston, Routledge & Kegan.

Tilka Kren

"REŠITELJ", KI NE PREGANJA SVOJE "ŽRTVE"

Odpori v psihoterapevtskem delu, ki jih E. Berne /1/ imenuje "igre", znane pod imenom: "Doktor, pomagajte!" ali "Zakaj vi ne ... da, ampak" itc. dobijo v pojmih "žrtev", "rešitelj" in "preganjalec" S. Carpmana /2/ dodaten pomen življenjske drame nevrotično motenih oseb.

S pritožbo o napetosti, živčnosti, strahu, depresiji, bolečinah brez somatskega vzroka se oglasio pri psihoterapevtu "žrtev", izločeni v družini, na delovnem mestu, v šoli, izločeni iz vrst zdravih ljudi. Taki ljudje opisujejo krivice že od otroštva dalje, ko jih je preganjal oče s svojo strogostjo, kaznijo, trdim delom, zapovedmi in prepovedmi, če ne kar s pijanostjo in pretepanjem. Mati je poskušala "reševati" sebe in otroke s podrejanjem, ponižnostjo, strahom, žrtvovanjem ali boleznijo in je vse le še poslabšala. Otrok se je že majhen naučil, da ni varno misliti s svojo glavo, čutiti in želeči tako, kot je dano otrokovi naravi. Naučil se je, da je bolj varno misli in čustva skriti, zatajiti, odpisati, obrniti v nasprotje, požreti, zatreti. Tako se mnogi ljudje že v otroštvu naučijo zatajiti svoj resnični jaz, odpovedo se iskanju svoje poti, svojih spretnosti, iskanju sreče in uresničevanju svojih želja. Izkušnje so jim prinesle več strahu, razočaranj, zatrte jeze in stisnjene žalosti, kot pa zaupanja v svet in odrasle ljudi.

Zgodnje izkušnje, pridobljene v času, še preden otrok razume razloge za starševske zapovedi in prepovedi, pustijo v otrokovem telesu zapisane neprijetne posledice svoje neposlušnosti, trme ali svojeglavosti kot "ne maram te, ker nisi priden", "grd si, ker ne ubogaš!"... Vzoren otrok naj bi se vedel tako, kot si želita oče in mati, drugi v družini, sosedje in še tete v vrtcu.

V naši kulturi so čustva pogosto prepovedana; ko je otroku hudo, ne sme jokati, ne sme raziskovati sveta s svojimi radovednimi prsti, ne sme se dotikati drugih in jih po otročje objemati ali v jezi udariti. Idealom kulture sledijo ideali družinske in šolske vzgoje - bodi popoln in nezmotljiv! Bodi vedno zdrav in močan! Ustrezi drugim, ne sebi! Pohiti vendar!...

Splošne ideale kulture starši podkrepijo z besedami, lastnim vedenjem, še bolj pa s predsodki, bojznijo in lastnimi reakcijami na vse mogoče nevarnosti na tem svetu. Mnogi predsodki in zlomljene iluzije se zapišejo v telo, dušo in duh

(podzavest) staršev, ter se prenašajo iz roda v rod kot družinske navade, bolezni in idoli.

Vsak otrok potrebuje za zdrav razvoj zaščito in spodbudo v okolju, ki mu omogoča svobodno rast, spontana občutja v telesu, izražanje čustev (jok, strah, veselje, smeh, jeza, žalost), lastne male modrosti, bližino z drugimi, svoj spol kot vreden, svoja leta kot O.K., lastne izkušnje pri igri in delu z uspehi in napakami vred. Uresničevanje teh potreb v otroštvu kot nekakšen zapissek ("skript" /4/) oblikuje človekov značaj, karakter in samoobrambo ali samozaščito kot mešanico lepih in hudih spominov, ali pa kot pretežno grenke spomine, ki kot "podzavest" vzbuja še v odraslem le strah, bojazen in nezaupanje. Znani opisi neprijetnih izkušenj v otroštvu so razne oblike osebnostne motenosti, nevrotičnega vedenja in bolezni, ki jih razne klasifikacije skušajo razporediti v predalčke, kose ljudi oglašajo pri zdravniku, svetovalcu, psihoterapevtu, odvetniku, sodniku in mnogi tudi pri jogiju, bioenergetiku..., nekem poklicnem "rešitelju". Za mnoge življenjske stiske sta ustrezna pomoč in zdravljenje možna, nekatere pa se zapletajo v nedogled in končajo celo v bolnišnici, na sodišču ali na pokopališču, kot pravi E. Berne /1/.

"Žrtev", ki se slabo počuti, ker jo "preganjalci" mučijo, se ne zaveda, da s svojim pritoževanjem preganja druge, išče "rešitelja" v drugih, svoje naravne zmožnosti pa odpiše, ne čuti, ne aktivira se, nehote muči sebe in preganja svoje boleče telo do zdravnika do psihiatra in se razočara tudi pri zeliščarju in alternativcu.

Vloge v skupini

V skupini se omenjene tri vloge podvojijo /5/, saj člani prinašajo v skupino ob osebnih še kulturne vloge. "Preganjalec" lahko postane tudi iniciator skupine, ki "režira" program in dogajanja v skupini, kadar se mu direktno upirajo "rušilci". Če ta dvoboj spremlja "opazovalec" in poskuša "reševati problem", predlaga razne "pravične" rešitve, lahko postane "žrtveno jagnje" ali celo "grešni kozel". Vloga "rušilca" vsebuje tudi tendence "preganjalca", "tožilca", "varuha", "izkoriščevalca", "branilca". Ljudje, ki radi spremljajo socialne krivice, želijo te preprečiti z javnim pritiskom in pripravljajo upor ali revolucijo kot pozitivno spremembo, ali pa jih javnost doživlja kot nergače in dežurne podpisnike v "pismih bralcev".

V skupini "prvi" član vrže žogico iz svoje priljubljene vloge, "drugi" jo zagradi in vrne iz svoje običajne vloge, ki se lahko komplementarno dopolni v konstruktivni dialog, ali pa sporočilo obrne in sproži konflikt. Znana je zgodba o vlaku v Bombay. V vrsto čakajočih nenadoma udari nekdo od zunaj kot

"prvi", zadene v "drugega", ki odrine "tretjega". Preden "drugi" odrine "prvega", ga "tretji" zruši kot žrtevno jagnje. Medtem "prvi" opazuje dogodek, množica opazovalcev poskuša intervenirati "pravično", išče krivca in "rušilci" v vrsti kot v dominah podirajo nove "žrtve", dokler se vlak ne ustavi in vsi izstopijo.

Zmedo v skupini lahko analiziramo; kdo je nekaj naredil, kaj je treba popraviti, spremeniti, za kar pokličemo eksperta (dobro metodo = Know how) in izvršna oblast organizira trening za izvajalce ter supervizijo. Če ekspert ni emocionalno sprejet v skupini, lahko postane žrtevno jagnje potem, ko je zaigral prej vloge režiserja, svetovalca in rušitelja. Take "igre" se praviloma končajo slabo, kadar dejanja vodijo nezaupanje, strah, bojazni, nelagodje, sabotaza, grožnje, zamere, prekinitve...

Le če analiziramo dinamiko skupine s težnjo najti želje in možnosti članov za spremembe, samozaščito, dobronamerne interese, izboljšave in toleranco za "smiselne žrtve", bo skupina rasla kreativno.

Iniciator skupine se lahko izogne vlogi praganjalca, če zaupa skrb za skupino tudi njenim članom, omogoči razdelitev obveznosti po nagnjenjih članov, podpira boljše alternative in upošteva tudi pripombe opozicije. Direktni uporniki imajo tudi svoje "argumente", ki oklestijo vse in vsakogar in jih je možno obrniti v konstruktivno dejanje s humorjem, realnimi argumenti in posebnimi zadolžitvami, ki jih sami predlagajo oz. sprejmejo. Izjemoma tudi "alfa" in "omega" dobro sodelujeta, praviloma pa se žal izključujeta.

"Rešitelj" v skupini ("beta" pozicija) je običajno ekspert, ki kot zagovornik ali advokat prinaša pravico, resnico in razrešitve sporov ter varuje člane pred nesrečo, poškodbo, bolečino, izgubo. Ko odbija udarce napadalcev, protestira proti krivicam, deluje preventivno in spreminja tokove propada. Pravila igre v skupini ali dogovor (pakt) o delovanju zmanjša možnosti kolizije z glavnim režiserjem, rušilci ali grešnimi kozli. Pomočnik je ogrožen z lastno igro "Samo pomagati ti želim", "Zakaj vi ne - ampak..." ali veličino: "Kaj bi vi brez mene!" Tudi ko prinaša napredne ideje in humanitarne akcije s prizvokom reševanja ogroža napadalce in nehote sproži življenjske drame.

Tudi "opazovalec" dogajanja, ki običajno molče podpira konstruktivne ideje v skupini, poudarja odgovornost, strpno poslušanje, socialnost in udeležbo vseh članov v sodelovanju za konstruktivni zaključek, lahko postane "žrtev" prevladujoče skupinske klime, ki za vsako ceno išče "krivca" in svojo žrtev za kaznovanje.

V vsakem članu se skriva del "žrtve", ki nehote igra vlogo: "Brcni me!" oz. ima svojo "Ahilovo peto", ki jo nekdo nehote (ali nezavedno nalašč) zadene in sproži pritožbe, obtožbe, ignoranco ali celo napotnico za "Psihatrijo".

Možnosti in izbire

Terapevtski dogovor ali pakt, ki je sestavni del vsake psihoterapije, je zelo pomemben tudi za skupino, saj vanjo prinašajo člani poleg osebnih stisk in zapletov še kulturne predsodke in skupina kot celota lahko postane žrtev zakonitosti skupinske dinamike.

Dogovor vključuje začetek, namen, iniciative, želje, potrebe, motive: kot pravila agiranja, reagiranja, izražanja misli in čustev ter poseben pakt za akcijo, ki ne ogroža niti izvajalcev, niti sodelujočih. Tudi nepričakovane spremembe, cilji in načrti terjajo dodatne dogovore do zaključka, ki je za nekatere zadovoljiv, spodbuden in ohrabrujoč, žal pa nekateri še potrebujejo svojo nevrotično obrambo in "dokaz", da so hudo prizadeti in morda neozdravljivo bolni.

Grupno dinamiko na nivoju nacije lahko opazujemo ob parlamentarnih volitvah, ko iniciatorji (stranke) ponujajo odrešilne programe, demokracijo kot rešitelja in najbolj kritična opozicija zruši vladajočo pozicijo, zmaga pa tretja koalicija.

Socialne vloge in interakcije se v konfliktih VSE ali NIČ obračajo v svoja nasprotja, potegnejo tudi opazovalce v pet oz. šest omenjenih vlog in pripeljejo nekatere ljudi v socialno patologijo ali celo narode v vojno katastrofo. Redki posamezniki znajo grozeče katastrofe obračati v zabavne komedije, skupinske metode psihoterapije pa naj bi pripeljale člane do boljših odločitev, realne samozaščite, spoznavanje lastnih zmožnosti, sprejemnaje spodbud in ovir v okolju, toleranco različnosti, osnovne človekove pravice, zdravniško etiko, življenjsko realnost, poglobljeno empatijo, dostojanstvo vsakega posameznika, objektivne ocene realnosti, zdrave kompromise med dolžnostmi in željami, kreativne alternative mimo konformizma, motivacijo za zdravje kot telesno in duševno in duhovno ravnotežje človekovih potreb z možnostmi v okolju.

Viri:

1. E. Berne: What Do You Say After You Say Hallo, London, 1973
2. S. Carpman: Options, T A Y, 1971, Vol. 1, No. 1
3. T. Kren: Transakcijska analiza grupe študentov, 4. Kongres psihoterapevta Jugoslavije, Bled, 1983
4. M.C. Steiner: Scripts People Live, New York, 1974
5. O. Summerton: The Game Pentagon, T A Y, 1992, Vol. 22, No. 2

"MANJ STRAŠNA NOČ JE V ČRNE ZEMLJE KRILI, KOT SO POD SVETLIM SONCEM SUŽNJI DNOVI"

Telefonski klic v sili: "Ali lahko dobim nekaj uspavalnih tablet, vedno se mi začne tako, da ne morem spati. Tako rada bi se naučila sama uravnavati svoj bolezen, kot to delajo diabetiki. Pridite v bolnišnico, pa jih boste dobili." "Bojim se, da me boste obdržali." "Ne bom, če pridete dovolj zgodaj?" "Kaj je dovolj zgodaj?" "Tako, ko začutite, da se z vami nekaj dogaja." "Pa me zares ne boste obdržali?" "Ne, če ne bo potrebno..."

"Veste, vaši starši so že telefonirali, da ponoči hodite okoli." ("Duševni bolnik" ne sme ponoči niti na stranišče.)

Ne ostane mi drugega. Bom pač tvegala. Tiste tablete nujno potrebujem, sicer se mi bo zares zrolalo. Moram spati, za vsako ceno.

"Obdržali vas bomo tukaj", se glasi njena obsodba, komaj me zagleda. "Ampak zakaj? Saj ni še nič narobe" "Seveda ni, lahko pa bi bilo. Sploh pa se morate malo spočiti, preveč delate." "Prav gotovo, ampak jaz si želim spočiti tako, kot si bom sama izbrala!" (Komaj zadržujem jezo, ki jo, o groza, že slišim v svojem glasu.) "No vidite, saj se komaj še kontrolirate." (Temperatura raste, ampak moram se zadržati.)

"Prosim, pustite me domov" rečem krotko, a bi jo najraje brcnila v rit. "Pustite me domov, obljubim, da bom jemala zdravila. Saj je vseeno, kje jih jemljem, ali ne?"

"Že že, ampak vaši starši..." "Kaj je z njimi?" "... so tako zaskrbljeni." "Že, ampak menda to ja ni razlog, da ostanem tu? Pa naj gredo oni v norišnico! Veste, v službi imam obveznosti..." "Pustite to. Je že urejeno. Dopust imate." Temperatura je že čez vrelišče. Vem, da je vse izgubljeno. Znova bo treba skozi vse to trpljenje. To peklensko gnezdo! Najhujši pa je občutek, da z menoj razpolagajo kot s predmetom, da odločajo namesto mene. Moje besede nimajo nikakršnega učinka. Kot da so me izbrisali z obličja sveta. Mene ni več. Ostala je le bolečina in nemočni bes.

Potem, čez nekaj mesecev, pride utrujenost. Kot, da se stara sto let. Tako ne morem živeti! Tako ne gre več naprej. VSE SO MI VZELI, SEM POVSEM BREZPRAVNA. Tako življenje ni vredno človeka. Ne morem več bežati. Kam pa naj grem brez denarja, ki so mi ga pobrali? Na onem svetu je menda vse zastoj. Izbrala si bom lep kotiček. V gozdu, med praprotni, na soncu. Edina avtonomna odločitev, ki mi še ostane. Edino, s čimer lahko potrdim, da sem. Steklenica piva in nekaj zavojčkov tablet. Ni me strah. To bo praznovanje. Praznovanje smrti. Ni poti nazaj. Moje telo ni hotelo umreti in me je, nezavestno, pripeljalo nazaj.

Tanja Lamovec

ALI JE SHIZOFRENIJA OZDRAVLJIVA ?

Nekaj let je že, odkar je Richard Warner napisal knjigo s podobnim naslovom (*Recovery from schizophrenia*), v kateri razkriva nekatere vidike te bolezni, ki so, vsaj pri nas, malo znani. Eden od njih se nanaša na vpliv ekonomskih zakonitosti ter trga delovne sile na pogostost pojavljanja, način poteka, kot tudi na končni izid bolezni. Zanimiva je tudi primerjava poteka shizofrenije v deželah tretjega sveta, kjer le redko privede do tolikšnega psihosocialnega propada kot v industrijskih deželah, zelo pogosto pa se konča s popolno ozdravitvijo. Avtor navaja obsežno dokumentacijo, kot tudi možne razloge teh razlik.

Poleg tega avtor na pregleden način prikazuje tudi številna druga temeljna protislovja v zvezi s shizofrenijo, med njimi koristne in škodljive vidike farmakološke terapije, vlogo družine in dela kot tudi sodobne načine obravnave te problematike v skupnosti.

DIAGNOZA SHIZOFRENIE

Mnenja o tem, ali je shizofrenija sploh bolezen, se danes precej razlikujejo. Na eni strani so avtorji, kot npr. Thomas Szasz, ki trdi, da je celoten koncept duševne bolezni artefakt, ki je v znanstvenem smislu brez vrednosti, v socialnem smislu pa povzroča neprecenljivo škodo. Warner sicer pojmuje shizofrenijo kot bolezenski proces, ki pa vključuje tako biološke kot socialne elemente. Shizofrenija ne predstavlja enovite kategorije, temveč je le naziv za večje število inacic, ki se med seboj dokaj razlikujejo. Med klasične simptome shizofrenije prištevamo halucinacije, blodnje, motnje mišljenja, čustvovanja, govora in motoričnega delovanja. Ker ni potrebno, da so prisotni vsi simptomi, je diagnoza razmeroma zapletena in nezanesljiva.

Model za diagnozo shizofrenije večinoma še vedno predstavljajo Kraepelinovi opisi demence praecox, ki jo je avtor več desetletij preučeval v duševnih bolnišnicah ob koncu prejšnjega stoletja. Opažal je, da pacienti psihosocialno postopoma vedno bolj propadajo, kar je pripisal naravi bolezni same, o vplivu razmer, v katerih živijo pa se ni spraševal. Čeprav je kasneje le malo raziskovalcev našlo tako uničujoč potek bolezni, je ostalo prepričanje, da je neozdravljiva in da vodi v popolni osebni propad.

V svetu nikakor ni splošno sprejeto, kaj je shizofrenija in kaj to ni. V Skandinaviji uporabljajo dokaj ozko definicijo, ki se približuje Kraepelinovem pojmovanju in vključuje slab izid. Razlikujejo med *procesno* shizofrenijo, pri kateri bolezen nastopa počasi in ni povezana z ugotovljivimi stresnimi dogodki, ter *reaktivno* shizofrenijo, za katero je značilen nenaden izbruh in je povezana z boljšo predhodno socialno učinkovitostjo ter ima boljšo prognozo. Slednje ne smatrajo kot prave shizofrenije.

Tudi v Sovjetski zvezi so pri klasifikaciji upoštevali potek bolezni, vendar pa je bila njihova definicija zelo široka. Moskovska šola govori o *periodični* shizofreniji, ki sestoji iz akutnih epizod z remisijami, ko je oseba povsem normalna; o *stopenjski* shizofreniji, pri kateri vsaka akutna epizoda vodi v obdobje znižanega socialnega delovanja, ter o *počasni* shizofreniji, ki poteka v smeri progresivne deterioracije. Med periodičnimi shizofreniki najdemo tudi osebe, ki bi drugje dobile diagnozo manično-depresivne bolezni. Poudarek na socialnem prilagajanju kot osnovi za diagnozo shizofrenije je v družbi, ki je desidentstvo in nekonformizem pojmovala kot nekaj patološkega, pripeljalo do pretirane uporabe diagnoze shizofrenija za posameznike, ki bi jih drugod označili kot posebneže in nevrotike.

Tudi v ZDA je bil diagnostični pristop do srede sedemdesetih let skrajno širok tako, da so to diagnozo dobili mnogi, ki bi jih v Evropi označili kot manično-depresivne ali nevrotične. Omenjena diagnostična praksa je rezultat neupoštevanja poteka bolezni, pač pa poudarka na intrapsihičnih mehanizmi, pod vplivom psihoanalize. Ameriški sistem je, podobno kot Sovjetski, tako razširil koncept shizofrenije, da je vključeval tudi osebe brez jasnih psihotičnih simptomov. Take osebe so imenovali *latentni* ali psevdonevrotični shizofreniki.

V šestdesetih letih so izvedli raziskovalni projekt, v katerem so želeli primerjati diagnostične pristope v ZDA in Veliki Britaniji. Ugotovili so, da ameriški psihiatri dvakrat pogosteje dajejo diagnozo shizofrenije od tistih v Veliki Britaniji, štirikrat redkeje diagnosticirajo psihotično depresijo in desetkrat redkeje diagnosticirajo manijo. Mnoge osebe, ki bi v Veliki Britaniji dobile diagnozo manično-depresivne psihoze, so v ZDA označili kot shizofrenike. Dejstvo je, da obe bolezni kažeta mnogo podobnih simptomov in ju v akutni fazi često ni mogoče razlikovati. Razlikujemo ju lahko samo, če upoštevamo potek bolezni.

Diagnostični pristop v ZDA se je radikalno spremenil v sedemdesetih letih z uvedbo nove diagnostične klasifikacije DSM-III. Ameriška psihiatrija je prešla od enega najbolj širokih diagnostičnih konceptov na enega najožjih. Po tem pojmovanju ni moč nikogar označiti kot shizofrenika, če ni bil neprestano

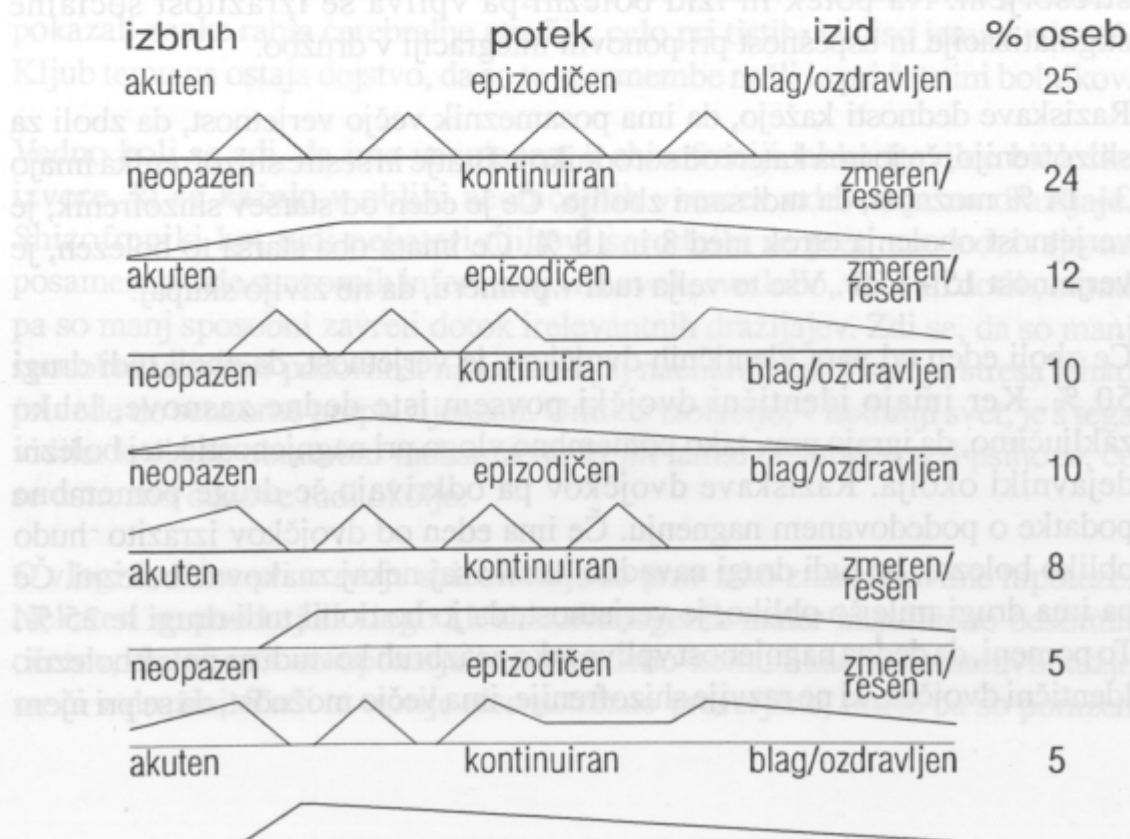
psihotičen vsaj 6 mesecev, in če ni kazal očitne deterioracije v psihosocialnem delovanju. Oseba, ki je doživela več epizod, ki so bile krajše od 6 mesecev, je lahko dobila diagnozo reaktivne psihoze, shizofrenoformnih motenj, oz. manično-depresivne psihoze. Tudi osebe, ki so bile nekje na meji med shizofrenijo in manično-depresivno psihozo in so jih označevali kot shizoafektivne, so bile izključene iz kategorije shizofrenije.

K doslednemu razlikovanju shizofrenije in manično-depresivne psihoze je pripomogla tudi nenadna uvedba litijevega karbonata, ki koristi manično-depresivnim osebam, shizofrenim pa ne. Šele v sedemdesetih letih so v ZDA dovolili uporabo tesoli, kise je v Evropi že precej časa uporabljala z dobrimi rezultati. Zdravilo je namreč izredno poceni, zato se je farmacevtska industrija v ZDA upirala in raje prodajala dražja, čeprav bolj nevarna in manj učinkovita zdravila.

POTEK IN IZID SHIZOFRENIJE

Potek in izid shizofrenije se razlikuje od primera do primera. Dr. Ciompi je v šestdesetih letih zasledoval potek bolezni 289 pacientov klinike v Lausanni in skrbno beležil podatke. Večino oseb je spremljal vsaj 35 let, nekatere tudi več kot 50 let. Njegovi diagnostični kriteriji, ki jih podrobno opisuje, so bili srednje široki, kot je običaj v večini evropskih dežel. To je ena najdaljših longitudinalnih študij s tega področja in tudi z znanstvenega stališča neoporečna, zato navajam prikaz njenih rezultatov :

Slika 1. : Dolgoročni potek shizofrenije pri 228 pacientih.



Slika prikazuje nastanek, potek in izid bolezni pri različnih pacientih. Približno enako število oseb je doživelo akuten kot počasen razvoj bolezni. Tudi potek je bil pri približno enakem številu oseb bodisi epizodičen, bodisi kontinuiran. V polovici primerov je bil izid zmerna ali močna prizadetost, v drugi polovici pa rahla prizadetost ali popolna ozdravitev. Popolnoma je ozdravelo več kot četrtina oseb.

Izid shizofrenije se spreminja iz obdobja v obdobje in iz kraja v kraj. Prikazani rezultati so nekoliko boljši od evropskega povprečja, kar utegne biti posledica dobrih ekonomskih pogojev v Švici v tem obdobju.

Tudi glede razširjenosti shizofrenije najdemo velike razlike. Ponekod najdemo en primer na 2.000 ljudi, drugod en primer na 100. Običajno najdemo nekoliko manj kot 1%. Shizofrenija se pojavlja v vseh kulturah.

VZROKI SHIZOFRENIJE

Še vedno ni povsem jasno, če obstaja kak specifičen organski defekt, ki odloča o nastanku shizofrenije, znanih pa je več dejavnikov, ki povečujejo verjetnost izbruha te bolezni. Nekateri od teh dejavnikov so prisotni že od vsega začetka kot npr. genetski doprinos, intrauterini vplivi, drugi pa se pojavijo kasneje kot npr. specifična družinska situacija, prisotnost stresnih dogodkov, itd. Izbruh bolezni je torej odvisen od genetskih predispozicij, ki določajo stopnjo nagnjenosti k tej bolezni, kot tudi od kasnejše izpostavljenosti različnim stresorjem. Na potek in izid bolezni pa vpliva še izrazitost socialne stigmatizacije in uspešnost pri ponovni integraciji v družbo.

Raziskave dednosti kažejo, da ima posameznik večjo verjetnost, da zbolí za shizofrenijo, če jo ima kateri od sorodnikov. Bratje in sestre shizofrenika imajo 3 - 14 % možnost, da tudi sami zbolijo. Če je eden od staršev shizofrenik, je verjetnost obolenja otrok med 8 in 18 %. Če imata oba starša to bolezen, je verjetnost 15 - 55%. Vse to velja tudi v primeru, da ne živijo skupaj.

Če zbolí eden od para identičnih dvojčkov, je verjetnost, da zbolí tudi drugi 50 %. Ker imajo identični dvojčki povsem iste dedne zasnove, lahko zaključimo, da igrajo prav tako pomembno vlogo pri nagnjenosti k tej bolezni dejavniki okolja. Raziskave dvojčkov pa odkrivajo še druge pomembne podatke o podedovanem nagnjenju. Če ima eden od dvojčkov izrazito hudo obliko bolezni, bo tudi drugi navadno kazal vsaj nekaj znakov te bolezni. Če pa ima drugi milejšo obliko, je verjetnost, da jo bo dobil tudi drugi le 25 %. To pomeni, da dedna nagnjenost vpliva tako na izbruh kot tudi na potek bolezni. Identični dvojček, ki ne razvije shizofrenije, ima večjo možnost, da se pri njem

pojaviijo kake druge psihične motnje, npr. alkoholizem, nevroza ali osebnostni problemi. To, kar se podeduje, morda ni toliko specifično nagnjenje k shizofreniji, temveč neka biokemična ali funkcionalna motnja, ki se pod vplivom stresa lahko izrazi na različne načine.

Raziskovalci si že dolgo časa prizadevajo odkriti, na čem temelji opisana dedna pogojenost, a so se morali zaenkrat zadovoljiti le s hipotezami. Ena od teh hipotez, *dopaminska* hipoteza pravi, da je vzrok motnja v pretirani aktivnosti skupin nevronov, ki se odzivajo na nevrottransmitter dopamin. Vsaka živčna celica - nevron namreč ob sinapsi sprošča kemični mediator, ki omogoča prenos impulza sosednji celici. Akutni stres privede do nenadnega povečanja izločanja dopamina in s tem vzbudi psihotično epizodo pri osebi, ki je k temu nagnjena. Druge hipoteze omenjajo kot možne vzroke tudi ostale nevrottransmitterje (npr. norepineferin, serotonin), ki naj bi razpadli v halucinogene sestavine. Potem so tu še hipoteze, ki trdijo, da so vzrok nepravilnosti v delovanju encimov, katerih funkcija je razkroj nekaterih nevrottransmitterjev (npr. monoamin oksidaza), motnje v delovanju endorfinov, nekateri celo domnevajo, da shizofrenijo povzročajo virusi.

Dejstvo je, da v akutni shizofreniji najdemo biokemične spremembe, prav tako pa jih najdemo tudi pri osebi, ki je močno vznemirjena, besna ali prestrašena. Obstoja anatomskih sprememb pa zaenkrat niso dokazali. Desetletja raziskav možganov po smrti prizadetih oseb niso dala nobenih zanesljivih rezultatov. V zadnjem času so poskusi s tomografijo pri nekaterih shizofrenih pacientih pokazali znake rahle cerebralne atrofije, celo pri tistih, ki niso jemali zdravil. Kljub temu pa ostaja dejstvo, da so te spremembe našli le pri četrtini bolnikov.

Vedno bolj se zdi, da ima nagnjenost k shizofreniji lahko številne biološke izvore, ki se kažejo v obliki neobičajnih vzorcev odzivanja na dražljaje. Shizofreniki kot tudi nekateri njihovi sorodniki se pretirano odzivajo na posamezne dele senzornih informacij, na zvok, svetlobo, vonj ali dotik, hkrati pa so manj sposobni zavreti dotok irelevantnih dražljajev. Zdi se, da so manj sposobni usmeriti pozornost na en dražljaj naenkrat, kar v stanju stresa lahko privede do senzorne preplavljenosti. Umik v izolacijo, v notranji svet, je s tega vidika koristen obrambni mehanizem, ki jih lahko obvaruje pred psihozo, če se ustrezno odzove tudi okolje.

O vlogi družine pri razvoju shizofrenije so prav tako znane številne hipoteze. Nekateri so poudarjali vlogo t.i. shizofrenogenih mater in psihično odsotnih očetov, drugi spet so opozarjali na zmedeno komunikacijo in neravnotežje moči v družini. Tudi te teorije niso ustrezno preverjene, imele pa so porazen

učinek. Tisoči, če že ne milijoni družin so bili obsojeni na sramoto, občutke krivde in stigmatizacijo zaradi splošne razširjenosti teh teorij.

Psihotično epizodo lahko sprožijo tudi različne vrste stresa. Raziskava, ki so jo izvedli v Londonu je pokazala, da je 46 % oseb doživelo stresno epizodo v obdobju 3 tednov pred psihotičnim recidivom. V tem času je doživelo podoben stres le 12 % oseb iz splošne populacije.

EKONOMSKA NIHANJA IN SHIZOFRENIJA

V kolikšni meri in na kakšen način vplivajo ekonomski dejavniki na zdravstveno stanje pripadnikov različnih slojev? Statistike kažejo, da v industrijski družbi pripadniki nižjih slojev še vedno umirajo bolj zgodaj. V ZDA in Veliki Britaniji je bilo v 19. stoletju razmerje smrtnosti pri nižjem in višjem sloju 2:1. Od leta 1940 pa vse do danes pa ostaja razmerje 1,4:1. Razlike naj bi bile posledica najrazličnejših oblik stresa, ki ga povzroča življenje na robu revščine. Podobno zakonitost kaže tudi splošna obolevnost. V ZDA so med revnimi pogostejše bolezni vseh vrst, vključno z duševnimi. Tako so npr. v Chichagu našli 7 primerov shizofrenije na 1000 odraslih oseb v revnih predelih, v premožnih pa le 2,5.

Dokaj priljubljena razlaga tega stanja je, da je bolezen tista, ki povzroči drsenje po socialni lestvici navzdol. Druga razlaga pa je, da stres življenja v nižjem sloju, ki je najbolj občutljiv za nihanja na trgu delovne sile, povečuje tveganje za razvoj shizofrenije. Tej razlagi v prid govori dejstvo, da je v deželah tretjega sveta odnos med razredno pripadnostjo in obolevnostjo za shizofrenijo obrnjen. V teh deželah je višji, bolj izobražen sloj tisti, ki bolj pogosto oboleva za shizofrenijo, hkrati pa je na trgu delovne sile tudi bolj ranljiv. Pripadniki nižjih slojev večinoma sploh ne vstopajo na trg delovne sile, temveč se ukvarjajo z občasnimi deli in družinsko ekonomijo.

Že od industrijske revolucije dalje se obdobja ekonomskega blagostanja izmenjujejo z obdobji zastoja in kriz. V zgodovini so se vsakih nekaj desetletij pojavljale velike, globalne krize, v katerih je prevladovala stagnacija in brezposelnost. V obdobjih blagostanja najdemo več porok, rojstev, pa tudi več ločitev in večjo smrtnost. V obdobjih ekonomske depresije se poveča število samomorov in kriminal. Raziskave tudi kažejo, da so prebivalci podeželskih predelov do neke mere zaščiteni pred učinki ekonomskih fluktuacij, predvsem zaradi večje socialne opore, ki jo uživajo na lokalni ravni, pa tudi zaradi večjega števila socialnih vlog, v katere so vključeni, zato jim izguba zaposlitve ne prinese toliko škodljivih učinkov.

Na splošno lahko rečemo, da ima vsako obdobje svojo specifično socialno patologijo. Znani so učinki brezposelnosti kot npr. depresija, tesnoba, psihosomatske motnje, manj znani pa so učinki, ki so povezani z blagostanjem. Mladi ljudje, ki v takih obdobjih vstopajo na trg delovne sile, so pod močnim pritiskom tekmovanja, kar povzroča povečano smrtnost.

In kako je z duševnimi boleznimi? Leta 1973 je Brenner prvi poskusil ugotoviti, kako vpliva ekonomija na hospitalizacijo v duševnih bolnišnicah. V ta namen je analiziral sprejeme v državnih bolnišnicah v New Yorku od sredine 19. stoletja do konca 60. let. Dobljene podatke je povezal z merili ekonomske aktivnosti in zaposlenosti ter ugotovil naslednje:

Sprejemi so se redno povečevali v obdobjih ekonomskih kriz. To je veljalo predvsem za funkcionalne psihoze, med katere spada tudi shizofrenija. Obraten odnos je našel pri starejših senilnih pacientih, ki so bili bolj pogosto hospitalizirani v obdobjih gospodarske rasti.

Glede shizofrenije je opazil, da se je povečalo tako število prvih kot tudi ponovnih sprejemov. Brennerjeve rezultate so pregledali tudi nekateri drugi raziskovalci in pritrdili njegovim zaključkom. Stanje ekonomije je tesno povezano s sprejemi moških in žensk v delovni dobi. Podobne rezultate bi našli tudi v drugih raziskavah. Tako so v Ontariu opazili, da je bilo v obdobjih blagostanja odpuščenih več bolnikov, kot so jih sprejeli, v kriznih obdobjih pa je bilo obratno. V Missouriju so opazili, da je sprejemov toliko več, kolikor večja je bila brezposelnost.

Kako lahko to pojasnimo? Brenner ponuja tri hipoteze. Po prvi naj bi se v kriznem obdobju zmanjšala tolerantnost za duševno bolne. Vendar pa podatki tega ne potrjujejo, saj je višek hospitalizacij najbolj nemočnih oseb (otrok in starcev) ravno v obdobju blagostanja. Druga možnost je, da finančna stiska prisili nekatere osebe, da se zatečejo v bolnišnico. Tudi tega statistika ne potrjuje. Poveča se namreč sprejem bolnikov, ki so finančno dobro pre-skrbljeni, še več, poveča se tudi število sprejemov v drage privatne ustanove.

Ostane nam še ena možna razlaga, da ekonomski stres in brezposelnost vodita do dejanskega naraščanja simptomov duševne bolezni. Dejstvo je, da osebe, ki občasno trpijo za duševno boleznijo v času krize prve odpustijo. Raziskave namreč kažejo, da je večina oseb, ki so hospitalizirane, v času krize tistih v letih, ko so sposobne za delo, kot sprožilni moment pa mnoge navajajo brezposelnost ali težave pri delu. Zaključimo lahko, da je precej dokazov, da se produkcija duševne bolezni povečuje z vsako ekonomsko krizo, ki jo spremlja zmanjšana potreba po delavcih.

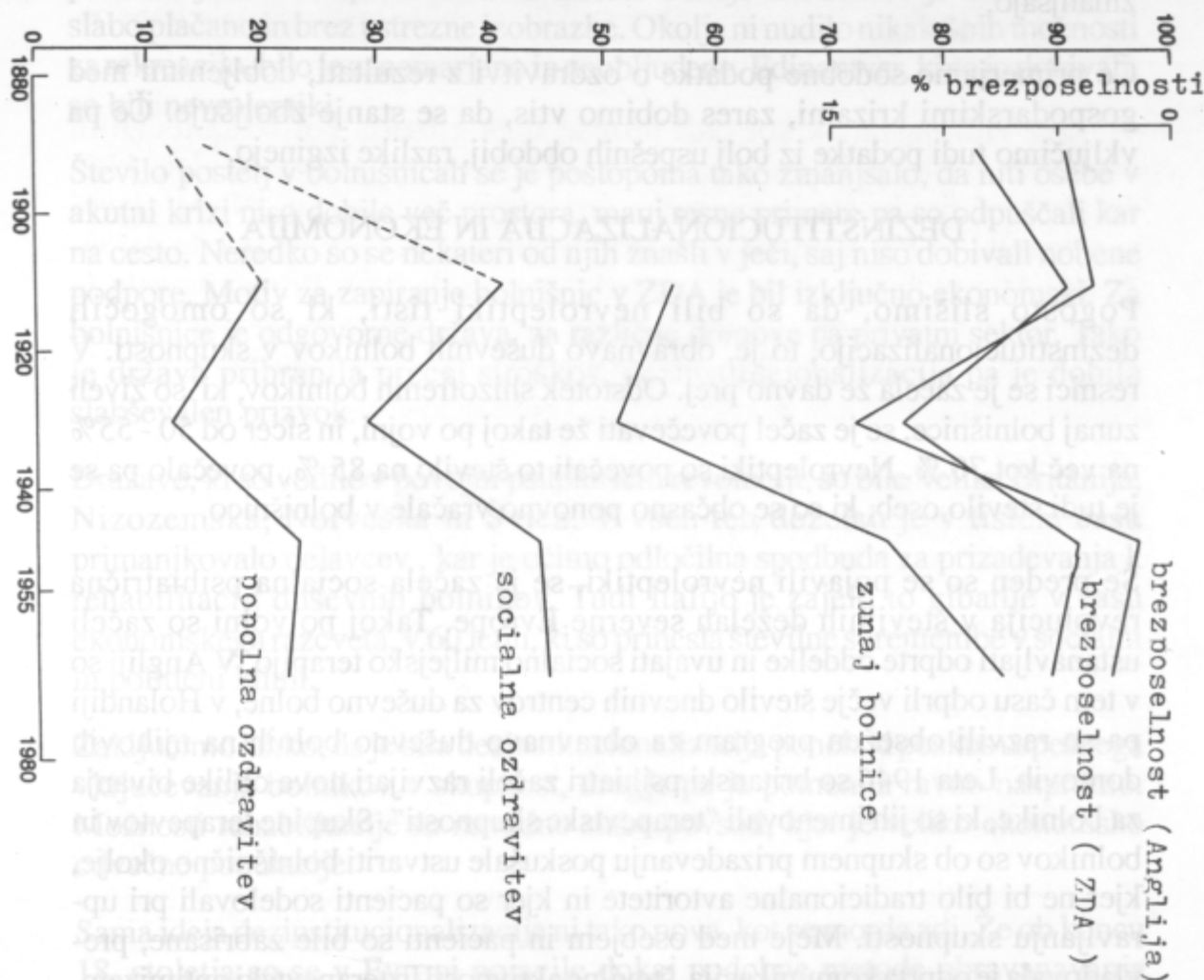
EKONOMSKI DEJAVNIKI IN STOPNJA OZDRAVITVE

Shizofrenijo še vedno mnogi obravnavajo kot bolezenski proces, ki napreduje do popolne deterioracije, psihiatrična obravnava pa lahko proces začasno ublaži ali upočasni. Temu nasprotna so opažanja, da se pri mnogih bolnikih izrazitost simptomov z leti zmanjša, seveda, v kolikor jih ne zamenjajo simptomi hospitalizma. Prav tako ne moremo prezreti znatnega števila spontanih ozdravitev. Če je shizofrenija zares bolezen s svojim vnaprej določenim potekom in izidom, potem nanjo ne bi smeli delovati ekonomski dejavniki. Vendar pa raziskave kažejo, da imajo slednji pomemben vpliv.

Avtor knjige Richard Warner je izvedel obsežno analizo, v kateri je zbral 68 raziskav iz Evrope in severne Amerike, ki so poročale o odstotkih ozdravitve v različnih časovnih obdobjih, za katera so bile značilne različne ekonomske razmere. Prvo obdobje, ki je trajalo med 1881 in 1900 v ZDA, ter nekoliko prej v Veliki Britaniji, je označevala velika brezposelnost kot tudi precejšen terapevtski pesimizem v psihiatriji. Do dvajsetega leta tega stoletja se je zaposlenost povečevala, hkrati pa so se začele razvijati bolj aktivne psihiatrične metode. Tretje obdobje je bil čas močne ekonomske depresije, ki se je v Evropi začela nekoliko prej kot v ZDA, trajala pa je do štiridesetih let. Brezposelnost je bila zelo velika in je zajemala tudi do 1/4 delovne sile po vsem industrijskem svetu. V tem času so bili v psihiatrijo uvedeni elektrošok, insulinska koma ter psihokirurgija. Četrto obdobje zajema vojna in povojna leta, med 1941 in 1955. Značilna je bila polna zaposlenost v Evropi, v severni Evropi pa se je pričela socialna revolucija v obravnavi psihiatričnih bolnikov, vključno z intenzivnimi poskusi rehabilitacije. Za peto obdobje, od 1956 do sredine 60 let, je zopet značilno zmanjševanje zaposlenosti ter stagnacija ekonomije v večini industrijskih dežel. V psihiatriji je nastopilo obdobje nevroleptikov, začeli pa so se tudi ustanavljati centri mentalnega zdravja v skupnosti.

Preden si ogledamo rezultate, velja spregovoriti nekaj besed tudi o tem, kako opredeljujemo ozdravitve. Glede tega vlada precejšnje skladanje. Na eni strani imamo osebe, ki potrebujejo trajno pomoč, po drugi strani pa ločimo dve vrsti ozdravitve. *Popolna ozdravitev* pomeni odsotnost psihotičnih simptomov ter povratek na prejšnjo raven psihosocialnega delovanja. Nekoliko manjše zahteve so postavljene na *socialno ozdravitev*, ki pomeni ekonomsko in bivalno neodvisnost. To pomeni, da se je posameznik sposoben preživljati z delom in ni odvisen od drugih pri zadovoljevanju temeljnih potreb. Ta vrsta ozdravitve je seveda neposredno odvisna od ekonomskih pogojev.

Slika 2. : Izid shizofrenije kot ga kaže 68 raziskav ter povprečna brezposelnost v tem obdobju. (Po: Warner, P. Recovery form schizophrenia, 1985)



Slika, ki nam jo prikazujejo rezultati, v nekaterih pomembnih vidikih nasprotuje prepričanjem, ki so razširjena v psihiatriji. Prvič, stopnja ozdravitve danes ni pomembno višja kot v prvih desetletjih tega stoletja. Odkritje nevroleptikov v sredini 50 let je imelo le malo vpliva na *dolgoročni* izid shizofrenije. Popolna ozdravitev ostaja okoli 20 - 25 %, socialna ozdravitev pa vključuje 40- 45 % oseb.

Drugič, ekonomsko stanje je pomembno povezano z izidom shizofrenije. Med veliko depresijo v 20 in 30 letih je bila stopnja popolne ozdravitve za polovico manjša (12%), socialna ozdravitev pa je nastopila v manj kot 30% primerov.

Podatki iz 19. stoletja kažejo, da je bil splošni trend ozdravitev med krizo podobno nizek. Korelacije med stopnjo ozdravitve in povprečno zaposlenostjo so visoke. Še pomembnejša je ugotovitev, da tudi popolna ozdravitev korelira z zaposlenostjo, kar pomeni, da se tudi simptomi v ugodnih obdobjih zmanjšajo.

Če primerjamo sodobne podatke o ozdravitvi z rezultati, dobljenimi med gospodarskimi krizami, zares dobimo vtis, da se stanje izboljšuje. Če pa vključimo tudi podatke iz bolj uspešnih obdobj, razlike izginejo.

DEZINSTITUCIONALIZACIJA IN EKONOMIJA

Pogosto slišimo, da so bili nevroleptiki tisti, ki so omogočili dezinstitutionalizacijo, to je, obravnavo duševnih bolnikov v skupnosti. V resnici se je začela že davno prej. Odstotek shizofrenih bolnikov, ki so živeli zunaj bolnišnice, se je začel povečevati že takoj po vojni, in sicer od 50 - 55 % na več kot 70 %. Nevroleptiki so povečali to število na 85 %, povečalo pa se je tudi število oseb, ki so se občasno ponovno vračale v bolnišnico.

Še preden so se pojavili nevroleptiki, se je začela socialna psihiatrična revolucija v številnih deželah severne Evrope. Takoj po vojni so začeli ustanavljati odprte oddelke in uvajati socialno miljejsko terapijo. V Angliji so v tem času odprli večje število dnevnih centrov za duševno bolne, v Holandiji pa so razvili obsežen program za obravnavo duševno bolnih na njihovih domovih. Leta 1946 so britanski psihiatri začeli razvijati nove oblike bivanja za bolnike, ki so jih imenovali "terapevtske skupnosti". Skupine terapevtov in bolnikov so ob skupnem prizadevanju poskušale ustvariti bolnišnično okolje, kjer ne bi bilo tradicionalne avtoritete in kjer so pacienti sodelovali pri upravljanju skupnosti. Meje med osebjem in pacienti so bile zabrisane, prevladovala je odprta komunikacija, številne aktivnosti in terapevtski optimizem. Velik poudarek je bil na rehabilitaciji, ki je zajela tudi kronične bolnike, katere so učili socialnih spretnosti in veščin vsakdanjega življenja. Po končanem treningu so se vrnili k svojim družinam, ali pa so skupaj s prijatelji ustanovili stanovanjske skupnosti, ki so predstavljale neke vrste nadomestno družino. Tudi psihiatri in drugo osebje so svoje delovanje v veliki meri prenesli na te nove ustanove, delali pa so tudi z družinami prizadetih.

Kjer je bilo okolje prilagojeno potrebam bolnikov, so imeli nevroleptiki, ki so se pojavili kasneje, le malo učinkov. Zelo učinkoviti pa so bili tam, kjer so bile razmere slabe. Še danes se medikamentozna terapija pogosto uporablja kot poceni nadomestilo za ustrezno psihosocialno delo. Tako nekako je bilo v ZDA, kjer je bilo okoli 1955 relativno več zastarelih azilov kot v deželah

severne Evrope, kjer je že prevladovala socialna terapija. Centri duševnega zdravlja v skupnosti so se v ZDA začeli razvijati šele po letu 1965. Dez institucionalizacija je največkrat potekala tako, da so kronične in resno bolne preprosto premestili v domove z oskrbo (nursing homes). Za mnoge paciente je bila to sprememba na slabše. Osebe teh domov je bilo pogosto slabo plačano in brez ustrezne izobrazbe. Okolje ni nudilo nikakršnih možnosti za rekreacijo, bilo je zanemarjeno in neobljudeno. Edina stvar, ki so jo dobivali, so bili nevroleptiki.

Število postelj v bolnišnicah se je postopoma tako zmanjšalo, da niti osebe v akutni krizi niso dobile več prostora, manj resne primere pa so odpuščali kar na cesto. Neredko so se nekateri od njih znašli v ječi, saj niso dobivali nobene podpore. Motiv za zapiranje bolnišnic v ZDA je bil izključno ekonomski. Za bolnišnice je odgovorne država, za različne domove pa privatni sektor. Tako je država prihranila precej stroškov, dez institucionalizacija pa je dobila slabševalen prizvok.

Dražave, ki so vodile v povojni psihiatrični revoluciji, so bile Velika Britanija, Nizozemska, Norveška in Švica. V vseh teh deželah je v tistem času primanjkovalo delavcev, kar je očitno odločilna spodbuda za prizadevanja k rehabilitaciji duševnih bolnikov. Tudi Italijo je zajelo to gibanje v času ekonomskega razcveta, v 60 letih, ki so prinesla številne spremembe v socialni in politični klimi.

Zaključimo lahko, da je bila dez institucionalizacija ponekod poskus uspešnega vključevanja bolnikov v skupnost, drugje pa je pomenila ravno nasprotno. Možnosti rehabilitacije so navadno slabe povsod, kjer je veliko ekonomsko odvečne populacije.

Sama ideja dez institucionalizacije ni tako nova, kot se morda zdi. Že ob koncu 18. stoletja so se v Evropi pojavile dokaj podobne metode obravnavanja duševno bolnih, ki so zavračale zapiranje in omejevanje, poudarjale nagrade namesto kazni, spodbujale učenje samokontrole in se odvijale v majhnih enotah, za katere je bilo značilno domače okolje.

Ena takih ustanov je bil York Retreat v Veliki Britaniji. To je bila podeželska zgradba, obdana z njivami in je dajala vtis velike kmetije. Nikjer ni bilo rešetak ali zaprtih vrat, pacienti pa so lahko imeli celo osebne služabnike. Ustanovitelj, William Tuke, bivši trgovec, je bil prepričan, da so tudi najbolj zmedeni ljudje lahko racionalni, če jih ne izzivamo s krutostjo ali uporabo nasilja. Pacienti so delali na poljih in vrtovih, brali, pisali in šivali. Delo je bilo osnova za spodbujanje njihove samokontrole in samospoštovanja. Namesto pomirjeval so uporabljali tople kopeli, osebe pa je z njimi ravnalo

spoštljivo. Vsi pacienti so nosili svoje obleke, še posebej skrbno pa so se oblekli popoldne, ko so imeli čajanke.

Opisano gibanje je dobilo naziv "moralna obravnava" in se je razširilo v večino industrializiranih dežel. Uspešno je delovalo kake pol stoletja, potem pa se je počasi izgubilo in so ga nadomestile restriktivne oblike institucionalizirane oskrbe, ki so se ohranile do druge polovice 20. stoletja.

Warner vidi nastanek kot tudi propad tega gibanja kot izraz tedanjih ekonomskih gibanj. V tem času so bile priljubljene razsvetljenske ideje, ki so črpale moč predvsem iz napredka produkcije in trgovine. Njeni glavni zagovorniki so bili ekonomsko najbolj uspešni sloji. Gibanje je bilo del industrijske revolucije, ki je ravno tedaj pretresala svet. Primanjkovalo je mezdni delavcev, zato so bili duševni bolniki dragocen vir potencialne delovne sile. Poudarek na delu in disciplini pri njihovi rehabilitaciji je bil zelo podoben prizadevanjem za usposabljanje nove delovne sile.

Z razvojem industrije se je v naslednjih desetletjih ponudba delovne sile povečala, duševni bolniki pa so se znašli v slabšem položaju. Poskusi rehabilitacije so počasi prenehali, kajti brezposelnost je bila vedno večja.

V istem času, ko je v Evropi že vladala brezposelnost, je bilo v ZDA povpraševanje po delovni sili zelo veliko. Tedaj se je tudi tam uveljavila "moralna obravnava", tako v privatnih klinikah kot tudi v državnih bolnišnicah. Pogoji so bili dokaj humani, poudarek pa je bil na delovni terapiji in resnični rehabilitaciji. Paciente so na veliko odpuščali, da so si lahko poiskali delo v bližnjih mestih. Vladal je velik terapevtski optimizem.

Ko se je stoletje in pol kasneje v severni Evropi pojavila socialna psihiatrična revolucija, so bile podobne tako ideje kot ekonomski položaj. Vidimo torej, da koncept in obravnava psihoze v znatni meri zavisita od politično-ekonomskih dejavnikov.

Na tem mestu velja opozoriti na izredno podobnost med simptomi kronične shizofrenije in učinki daljše brezposelnosti. Pri obeh skupinah najdemo občutja tesnobe, apatije, depresije, razdražljivosti, čustvene odvisnosti, socialnega umika, izolacije, osamljenosti, izgube samospoštovanja, identitete in občutka za čas. Mnoge od teh značilnosti se pri shizofrenikih ob bivanju v instituciji še poslabšajo. Čeprav je povsem očitno, da so socialnega izvora, jih psihiatrija še vedno obravnava kot sestavni del bolezni.

Avtor je zbral nekatera pojmovanja, ki prevladujejo v obdobjih gospodarskih kriz in v obdobjih rasti.

Lamovec: ALI JE SHIZOFRENIJA OZDRAVLJIVA?

Ekonomska kriza

Institucije so potrebne za zaščito družbe

Shizofrenija je neozdravljiva

Najpomembnejši so genetski in biološki dejavniki (vzroki)

Bolnišnice imajo terapevtski učinek

Najučinkovitejša je farmacevtska in kirurška obravnava

Duševno bolni so nevarni in jih je treba zapreti

Ekonomska rast

Potrebna je integracija, skrb v skupnosti

Shizofrenija je ozdravljiva

Najpomembnejši so socialni dejavniki (vzroki)

Bolnišnice so škodljive

Najučinkovitejša je psiho-socialna obravnava

Vsak lahko postane žrtev duševne bolezni

SHIZOFRENIJA V TRETJEM SVETU

Številna poročila kažejo, da v tretjem svetu psihoze trajajo krajši čas, in da je njihov izid na splošno ugodnejši. To velja še toliko bolj, če upoštevamo samo tiste predele, ki jih industrializacija še ni zajela in se preživljajo s pomočjo domače ekonomije. Ker je zaradi različnih diagnostičnih kriterijev zelo težko primerjati že zbrane rezultate, je Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) izvedla raziskavo v različnih delih sveta in primerjala odstotke ozdravitve. Uporabili so standardizirano metodo diagnosticiranja in spremljali večje število pacientov 2 leti. Nato so jih ponovno pregledali z enakimi diagnostičnimi instrumenti. Razdelili so jih v 4 skupine : skupina z najboljšim izidom, skupina z najslabšim izidom ter dve vmesni skupini. Delež pacientov v posamezni skupini se je v različnih deželah zelo razlikoval. Rezultate prikazuje razpredelnica.

Razpredelnica 1: Odstotek shizofrenih pacientov glede na izid v raziskavi WHO

Država	najboljši izid	dokaj dober izid	dokaj slab izid	najslabši izid
Danska	6	35	48	31
Indija	48	66	21	15
Kolumbija	21	53	28	15
Nigerija	57	86	7	5
Anglija	24	36	41	31
SZ	9	48	20	11
Taiwan	15	38	35	15
ZDA	23	39	45	19
Čehoslovaška	14	34	39	30
Povpr. razvitih dežel	15	39	37	28
Povpr. nezvitih dežel	35	59	23	13

Vidimo torej, da skupina z najboljšim izidom vključuje 35 % pacientov iz dežel tretjega sveta in le 15 % oseb iz dežel industrializiranega sveta. Te osebe so bile v obdobju 2 letnega spremljanja psihotične manj kot 4 mesece in so dosegle popolno ozdravitev brez socialne oškodovanosti. Skupina z dokaj dobrim izidom vsebuje 59 % oseb iz dežel v razvoju in le 39 % oseb iz razvitih dežel. Več kot četrtina oseb iz razvitih dežel je bila uvrščena v skupino z najslabšim izidom, kar je dvakrat več kot v nerazvitih deželah. Ti pacienti so bili v času spremljanja psihotični več kot 18 mesecev in so utrpeli izrazito socialno oškodovanost. Nigerija in Indija, kjer so paciente izbrali iz pretežno poljedeljskih področij, sta imeli najboljši splošen izid. V Kolumbiji so zajeli urbanizirana področja, ki so pokazala nekoliko manj zadovoljujoče izide. V Taiwanu, ki je med deželami tretjega sveta najbolj industrijsko razvit in ima visoko stopnjo brezposelnosti, je bil izid le nekoliko boljši kot na industrializiranem zapadu ter slabši kot v SZ. Čeprav je bilo v SZ le malo oseb v najboljši skupini, jih je bilo malo tudi v najslabši, večina pa je bila nekje na sredini. S tem rezultatom se SZ uvršča vmes med razvite in nerazvite dežele. Njena ideologija, po kateri naj bi bili vsi ljudje zaposleni, močno pospešuje delovno rehabilitacijo.

Podobne rezultate so dobile tudi druge raziskave, zato lahko zaključimo, da sta potek in izid shizofrenije v tretjem svetu precej drugačna kot v zapadnih deželah. Progresivna deterioracija, ki jo je Kraepelin pojmoval kot temeljno za opredelitev bolezni, je v nerazvitih deželah izredno redka, razen tam, kjer imajo evropski sistem azilov. Povprečna oseba iz tretjega sveta, ki zbolí za shizofrenijo, torej lahko pričakuje ugoden izid. Čimbolj pa je neko področje urbanizirano in industrializirano, toliko bolj maligna postane bolezen. Zakaj je tako ?

V ne-industrijskih deželah, ki ne temeljijo na mezdni ekonomiji, je izraz "brezposelnost" brez pomena. Celo tam, kjer imajo ostanke kolonialnega meznega sistema, predstavlja ta le dodatek tradicionalni plemenski organizaciji, ki skrbi za zadovoljevanje najnujnejših potreb svojih članov. V takih pogojih ni brezposelnosti, kajti vsak opravlja določene naloge v skladu s svojimi zmožnostmi. Brezposelnost postane problem šele v urbaniziranih predelih, kjer so prebivalci že izgubili tradicionalne vezi s skupnostjo.

Povratak psihotika k produktivni vlogi v ne-industrijski skupnosti ne zahteva od njega, da aktivno išče zaposlitev, da naredi dober vtis na delodajalca in tekmuje z drugimi. Opravlja lahko katerakoli dela, ki so trenutno potrebna in vsak koristen prispevek, ki ga doprinese skupnosti, mu prinese potrditev. Nihče ga ne obravnava kot povsem nesposobnega za delo, saj se vedno najde kako

manj zahtevno delo, vse to pa preprečuje deterioracijo. Mnogi bivši pacienti, ki so jih obiskali raziskovalci WHO, so bili tako zaposleni, da so le s težavo našli čas za pogovor.

Po eni strani bivši bolnik ohrani vredno socialno vlogo, po drugi pa je tudi narava dela prilagojena njegovim potrebam. Skrb za živino, pobiranje pridelkov, nabiranje kurjave in podobna opravila ne predstavljajo pretiranih zahtev osebi, ki je preživela psihozo, pri tem ni točno določenega delovnega časa, niti tekmovanja. To je torej družba, ki ne postavlja niti prevelikih niti premajhnih pričakovanj. Od take osebe ne pričakujejo vrhunskih dosežkov, prav tako pa tudi ne, da bo postopala okoli. Vse to pa so pogoji, ki optimalno vplivajo na ozdravitev. Hkrati je potrebno opozoriti tudi na dejstvo, da so delovne zahteve v tretjem svetu bistveno manjše. Večinoma delajo le polovico zapadnega delovnega časa in navadno sploh ne razlikujejo med delom in prostim časom. Tako se tudi v tem pogledu oseba z nekoliko manjšimi delovnimi zmogljivostmi ne razlikuje od ostalih.

Nizka izobrazba ni ovira, prej predstavlja prednost, saj lahko take osebe opravljajo različna dela oz. spreminjajo poklic. Oseba z visoko izobrazbo tega ne more storiti tako enostavno, če pa že, je to vedno drsenje navzdol, ki omaja samospoštovanje. V tretjem svetu je visoka izobrazba eden dokaj močnih indikatorjev slabega izida shizofrenije, kar je ravno obratno kot na zahodu.

Nadaljni dejavnik, ki pripomore k boljšemu izidu shizofrenije v tretjem svetu, je njihov sistem verovanja. Psihozo skoraj povsod razlagajo s posegi nadnaravnih sil. V čem je prednost tega, lahko vidimo iz naslednjega primera. Mlada Indijanka iz Guatemale je pričela zavračati sorodnike in sovaščane, nakar se je razvila prava psihotična epizoda. Videla je duhove prednikov, ki naj bi jo vodili v kraljestvo mrtvih. Lokalni šaman je postavil diagnozo, da trpi od učinkov nadnaravnih sil in predpisal ritual zdravljenja. Pozval je vse vaščane, ki so se ga morali udeležiti. Tako njena bolezen ni bila več le njena, temveč je zadevala celotno skupnost. Duhovi, ki so jo obsedli, bi lahko obsedli kogarkoli. Bolnici niso pripisali nikakršne krivde, niti ni doživela stigmatizacije. Ko jo bodo duhovi zapustili, bo ravno taka kot prej. In to se je tudi zares zgodilo. Že med ceremonijo je začela navezovati stike z drugimi, ki so bili prav tako v neke vrste transu, potem pa je šaman odredil, da se za en teden vrne k materi, ki bo skrbela zanjo. Ko se je vrnila na svoj dom, je duhovi niso več mučili in počasi je začela prevzemati svoje običajne dolžnosti.

Če pogledamo tradicionalni način obravnave na zapadu, vidimo, da povzroča še večje odtujevanje, vali krivdo na prizadetega posameznika ter ga

stigmatizira za vse življenje. Razlaga, ki jo ponuja psihiatrija pa je komaj kaj bolj oprijemljiva od tiste, ki vidi izvor bolezni v duhovih prednikov.

Psihotično doživetje ponekod v tretjem svetu vodi celo k zvišanju statusa. Včasih pomeni iniciacijo v poklic šamana ali pa medija, posrednika med spiritualnim svetom in običajnimi zemljami. Osebe, ki jim dodelijo tako vlogo so deležne posebnega spoštovanja, kar predstavlja močno varovalno sredstvo pred recidivom. Vloga šamana je preveč odgovorna, da bi si izbrani lahko "privoščil" psihozo, hkrati pa si lahko obilo pomaga s simboličnim in nejasnim načinom izražanja.

Med dejavniki, ki vplivajo na boljši izid shizofrenije v tretjem svetu sodi tudi razširjena družina. Ta omogoča, da se medsebojna odvisnost članov bolj enakomerno porazdeli in oboleli član ne čuti takega pritiska. Raziskave kažejo, da shizofreni pacienti v razširjenih družinah kažejo boljši izid od tistih, ki se vrnejo v nuklearno družino. Ker je v razširjeni družini oboleli član le eden od mnogih, so zahteve manjše, hkrati pa je deležen podpore številnih oseb.

KARIERA DUŠEVNEGA BOLNIKA V ZAPADNI DRUŽBI

STIGMATIZACIJA. Poleg revščine, brezposelnosti in neustreznih bivalnih pogojev, je stigmatizacija najizrazitejši dodatni vir degradacije duševnih bolnikov v industrijski družbi. Vpliv stigmatizacije morda najbolj ponazorimo z izjavo nekega pacienta, ki je zapisal: "Sram, ki ga občuti moj oče zaradi mene, še zdaleč ne dosega mojega lastnega. Pogosto me muči globoka krivda zaradi moje diagnoze shizofrenija. Le malo sem si predstavljal, kako dehumanizirajoča in ponižujoča je bolnišnica. Občutek imam, da sem delno izgubil svoje mesto med človeštvom in da bom za nekatere ljudi za vedno neke vrste bitje pod človeško ravnijo. Profesionalci na področju duševnega zdravlja so me pogosto obravnavali, kot da sem tujec ali neke vrste izvenzemljan, ločen od drugih zaradi moje nalepke."

V nasprotju z gvatemalsko Indijanko, je zapadni shizofrenik soočen s tem, da mora sprejeti krivdo in kriviti samega sebe za svoje stanje. Čuti se ločen, drugačen od ostalih, zaznamovan s stigmo, ki onemogoča socialno reintegracijo. Odnos javnosti do duševnih bolezni je še vedno izrazito negativen in vsebuje številne predsodke. Anketa, ki so jo izvedli v 50 letih v ZDA, je pokazala, da povprečni Amerikanec gleda duševno bolne s strahom, nezaupanjem in zavračanjem. Tako menijo stari in mladi, visoko izobraženi, kot tudi ljudje z malo formalne izobrazbe. Duševnim bolnikom pripisujejo, da so nevarni, umazani, nepredvidljivi in brez vrednosti. V 60 letih se je pod vplivom novih družbenih gibanj tolerantnost do duševno bolnih začasno

nekoliko zvečala, zdaj pa je videti, da so stvari spet po starem. Delno je k temu prispevala tudi dezinstitutionalizacija, saj so mnogi duševni bolniki postali brezdomci in začeli postopati okoli, pa tudi krasti, saj niso dobivali nikakršne podpore. Duševni bolniki so torej v večini dežel zapada še vedno močno stigmatizirani. Če se želijo zaposliti, naletijo na težave, sosedje se upirajo, da bi v njihovem okolju zgradili center za rehabilitacijo ipd. Status duševnih bolnikov je najnižji od vseh, nižji od statusa bivših kaznjencev ali duševno zaostalih. Neka raziskava je pokazala, da je duševni bolnik celo po 5 letih normalnega dela za okolico manj sprejemljiv od bivšega kaznjenca.

Navadno je tudi brez sredstev in nezaposlen in kot tak nima nikakršne socialno priznane vloge. Celo če je zaposlen, pogosto dela najbolj nezahtevna dela, ki mu ne omogočajo spodobnega prebivališča. Navadno nima svoje družine in ima le malo socialnih stikov, ki so navadno omejeni na druge stigmatizirane osebe. Neka anketa je pokazala, da ima profesionalno osebje dokaj podobna stališča kot širša javnost, pogosto pa duševne bolnike še bolj zavračajo in podcenjujejo. Že sami strokovni koncepti kažejo težnjo k dehumanizaciji duševnih bolnikov, saj jih pogosto prikazujejo kot nezmožne pravih človeških čustev.

Najbolj tragično in hkrati razumljivo pa je, da prizadete osebe same sprejemajo stereotipe o svojem lastnem stanju. Številne raziskave so pokazale, da imajo duševni bolniki prav tako negativna stališča do drugih bolnikov, pogosto celo bolj kot ostala javnost.

Ko posameznik dobi nalepko "duševni bolnik", se torej družba odziva nanj v skladu s stereotipom in vsa njegova dejanja ocenjuje skozi prizmo tega stereotipa. Na ta način ga porine na pot kariere kroničnega duševnega bolnika, iz katere je le malo možnosti za povratek.

Znanih je več raziskav, v katerih so se zdravi prostovoljci prijavili za hospitalizacijo v duševnih bolnišnicah, rezultati vseh pa so podobni. V raziskavi Davida Rosenhana se je večje število prostovoljcev prijavilo na različne ustanove, češ da slišijo glasove. Vsi so bili sprejeti. Takoj nato so znikali simptomi in so se normalno obnašali. Nihče ni bil odpuščen prej kot v tednu dni, eden od njih pa šele po 2 mesecih. Vsi so dobili nalepko shizofrenija. Osebje je zapisovalo različne vidike njihovega vedenja, ki so ga tolmačili kot izraz patologije. Karkoli so storili, je potrjevalo njihovo diagnozo. Predstavljamo si lahko, kakšen učinek ima to na razvoj bolezni pri dejanskih bolnikih in kako uničujoče vpliva na njihovo vero v ozdravitev.

Kako stigma vpliva na potek bolezni nam lahko najboljše pojasni teorija *kognitivne disonance*. Disonanca nastopi tedaj, ko si posamezni elementi informacij med seboj nasprotujejo. Tako npr. oseba, ki še poseduje vsaj nekoliko samospoštovanja, občuti disonanco ob soočanju z diagnozo, ki pomeni totalno degradacijo. Stanje kognitivne disonance je močno neprijetno in spodbuja posameznika, da poskuša nasprotje na tak ali drugačen način razrešiti. Najpogostejša strategija je, da se posameznik aktivno izogiba situacij, ki disonanco še povečujejo. Nastopi trenutek, ko se mora odločiti. Če njegova samopodoba že tako ni posebno ugodna, jo bo pač še nekoliko znižal in sprejel ponižujočo nalepko - sprejel bo označbo, da je duševni bolnik. Teorija kognitivne disonance predvideva, da bodo tisti, ki sprejmejo diagnozo, razrešili disonanco tako, da se bodo povsem prilagodili novemu statusu brezvredne osebe in postali še bolj socialno izolirani in nesposobni. Potem, ko so enkrat prevzeli to vlogo, se bodo izogibali vsakih poskusov avtonomnega delovanja, saj bi slednje utegnilo znova sprožiti disonanco in tesnobo, ki jo ta prinaša. Oklepali se bodo svojih psihotičnih simptomov in največkrat vse življenje gojili svojo nemoč. Ta proces je še bolj izrazit, če je pacientov stigmatizirani status viden že na prvi pogled (npr. podrhtavanje mišic kot posledica prevelike doze nevroleptikov). Če tako osebo silimo, da poskusi delovati na višji ravni, se bodo simptomi bolezni nenadoma povečali kot obramba pred naraščajočo disonanco.

Raziskave kognitivne disonance so pokazale, da posameznik, ki spremeni svoje prepričanje z namenom, da bi zmanjšal disonanco, iz dostopnih informacij izbira le tiste, ki potrjujejo njegovo novo stališče. Če ga skušamo prepričati o nasprotnem, bo še bolj aktivno zagovarjal svoje prepričanje. Iz teh razlogov je zelo težko spremeniti stališče osebe, ki je "obupala" nad seboj. Taki poskusi morajo biti zelo postopni in previdni. Pomembno pa je še nekaj; raziskave kažejo, da osebe, ki javno zagovarjajo ali prikažejo stališče, v katerega ne verjamejo, pogosto zares spremenijo stališče v smeri tistega, kar so javno rekle. Če lahko dosežemo, da posameznik javno pokaže svoje zmožnosti, lahko pride do spremembe v samopodobi. V tem primeru posameznik sicer še vedno sprejema status označenega, vendar hkrati tudi kompetentnega. Kognitivna disonanca se v tem primeru razreši tako, da postane njegovo mišljenje bolj diferencirano.

Tisti pa, ki se odločijo ohraniti svojo podobo razmeroma vredne osebe, po pravilu odklonijo nalepko in status duševnega bolnika, prav tako pa navadno odklonijo tudi zdravljenje. Nasilni poskusi prepričevanja sicer lahko vodijo v navidezno podreditev, vendar svojega privatnega mnenja ne spremenijo. Paradoksalno in hkrati razumljivo je, da te osebe navadno ohranijo svoj prejšnji

poklic in socialni status. Če jih vključimo v program, kjer se ne čutijo degradirane, so počasi pripravljeni sprejeti tudi zdravljenje. Pacienti, ki sprejmejo diagnozo, pa na splošno delujejo na nižji ravni, postanejo pretirano odvisni, izid bolezni pa je slabši.

Iz vsega tega sledi, da bi bilo za uspešno pomoč nujno potrebno odpraviti vse rituale degradacije, *vključno z diagnozo, ki sama po sebi nima nikakršne prognostične vrednosti*, pač pa deluje kot močan vir stigmatizacije.

SOCIALNA IZOLACIJA predstavlja prav tako tipično značilnost, ki so je deležni duševni bolniki v razvitem svetu. Številne raziskave so pokazale, da so njihovi socialni stiki precej bolj omejeni kot med ostalimi člani družbe. Shizofreni bolniki imajo približno 1/3 do 1/5 toliko stikov kot ostali. 1/3 kroničnih bolnikov sploh nima nobenega prijatelja. Tudi kvaliteta njihovih odnosov se razlikuje: so bolj enostranski, manj raznoliki, pri čemer se bolnik navadno nahaja v odvisnem položaju.

Socialna izolacija zahodnega sveta je v močnem nasprotju z učinkovito socialno reintegracijo v tretjem svetu. V primerih, ko socialna integracija ne uspe, je tudi v tretjem svetu izid bolezni navadno slab. Velja tudi obratno. Čimveč in čimbolj razvejane stike ima posameznik, toliko manjša je možnost recidiva.

DRUŽINA. V nasprotju z družinami tretjega sveta, so družine psihiatričnih bolnikov na zahodu v veliki stiski. Stigma in socialna izolacija se oprime tudi njih. Nekateri si pomagajo tako, da z nikomer, niti z najboljšimi prijatelji ne govorijo o tem, tisti pa, ki odkrito govorijo o bolezni, pogosto naletijo na zavračanje in izgubijo prijatelje. Zanikanje in skrivanje, ki je nujno za ohranitev socialnih stikov, pa po drugi strani povzroča občutke sramu in često vodi v prostovoljno socialno izolacijo.

Družine shizofrenih bolnikov, ki skrbijo za bolnika na domu, so po ugotovitvah Agnes Hatfield pod stalnim stresom. Pogost rezultat so ločitve, prelaganje krivde, nemoč in zagrenjenost. Zelo pogoste so tudi resne zdravstvene motnje. Večina staršev bolj ali manj krivi sebe, da so odgovorni za bolezen, ki je zadela otroka. To breme krivde, ki je v deželah tretjega sveta odsotno, je rezultat razširjenih teorij, ki prav tako kot biološke, niso preverjene. Družine, ki so po sili razmer pretrgale stike s svetom, se pogosto čustveno premočno vpletajo v bolnikovo življenje in izražajo svojo kritiko in nezadovoljstvo. Često je potrebno zmanjšati stik bolnika z družino, s tem pa se odpirajo nove dileme, saj tako pretrgamo še zadnje, čeprav nezadovoljive socialne vezi.

Visoko število kritičnih pripomb in čustveno preokupiranost sta imenovala s skupnim nazivom "Izražanje emocij" (Expressed emotion ali EE). Na diagramu lahko vidimo, da je stopnja izraženih emocij odločilni dejavnik, na osnovi katerega lahko napovemo verjetnost recidiva. Ob nizkem izražanju emocij se skupini, ki sta oz. nista jemali nevroleptike nista dosti razlikovali (12 in 15%). Ob visoki emocionalni izraznosti je bilo povprečno 51% recidivov. To skupino sta še naprej razdelila na osebe, ki so z družino preživele več ali manj kot 35 ur na teden. Prve so imele 69% recidivov, druge pa 28%. Če so osebe, ki so preživele manj časa z emocionalno izrazno družino, jemale zdravila, je bil odstotek recidivov 15%, brez zdravil pa je v enakih pogojih znašal 42%. Osebe, ki so preživele veliko časa z družino in so jemale zdravila, so imele 53% recidivov, če pa jih niso jemale, je bilo recidivov kar 92%.

Očitno je torej, da je družinska klima pri preprečevanju recidivov bolj pomembna kot jemanje zdravil. V neugodnih okoliščinah pa zdravila očitno zvišujejo prag odpornosti. Še bolj jasno je postalo, da zdravila in psihosocialna obravnava nista alternativni, temveč se morata dopolnjevati. Če nam uspe ustvariti ugodne pogoje bivanja, je potreba po zdravljenju minimalna. Seveda pa velja tudi obratno: izdatne doze zdravil včasih prikrijejo potrebo po izboljšanju življenjskih razmer.

Kakšno okolje potrebujejo osebe, ki so prebolele psihotično krizo? Biti mora zaščiteno, a ne regresivno, biti mora stimulativno, a ne stresno, čustveno vzdušje mora biti toplo, a ne vsiljivo. Omogočati mora optimalno raven avtonomije. To velja tako za družinsko okolje kot tudi za stanovanjske skupine.

Avtorja sta izvedla še več podobnih raziskav v različnih kulturnih okoljih, s podobnimi rezultati. Ugotovila sta, da je v Indiji manj družin z močno emocionalno izraznostjo, tiste pa, ki so take, imajo bistveno večje število recidivov. V zadnjem času se ukvarjata predvsem z izvedbo programov, ki naj bi pomagali družinam prizadetih ustvariti ustrežnejšo klimo. Pri tem uporabljate mešanico didaktičnih metod in družinske psihoterapije, ki se je izkazala kot dokaj učinkovita. Ugotovila sta tudi, da je metoda koristna pri številnih drugih motnjah, tako psihiatričnih kot psihosomatskih.

NEVROLEPTIKI : KDO NAJ JIH JEMLJE IN KOLIKO

Številne raziskave kažejo, da so nevroleptiki pomembno bolj učinkoviti od placeba tako pri akutni kot pri kronični shizofreniji. Pri večini obolelih povzročijo dramatično zmanjšanje simptomov. Po drugi strani pa se zdi, da dolgotrajna uporaba teh sredstev pospešuje recidive. Tako npr. Warner citira raziskavo, v kateri se je pokazalo, da je dvakrat toliko shizofrenih bolnikov,

ki so daljši čas dobivali nevroleptike doživelo recidiv v primerjavi s tistimi, ki so jim po akutni krizi nevroleptike nadomestili s placebom.

Že prej smo videli, da se končni izid shizofrenije z uvedbo nevroleptikov ni prav nič izboljšal. Hkrati pa so zaradi trenutnih učinkov postali rutinsko, skoraj avtomatično zdravilo za psihozo. Navadno se uporabljajo dokaj neselektivno, čeprav obstajajo skupine, pri katerih bi se jim morali izogniti. Kateri shizofreni bolniki torej ne bi smeli dobivati nevroleptikov ?

Predvsem so to tisti, pri katerih se pojavijo znaki diskinezije tardive, ki se kaže v obliki nehotnih zgibkov ustnic, jezika, čeljusti in drugih delov telesa, kar je na pogled zelo moteče. Pri nekaterih se pojavijo po nekaj letih jemanja nevroleptikov, pri drugih pa že po nekaj mesecih. Če prizadeti ne preneha z jemanjem, lahko motnja postane ireverzibilna. Čim višja je doza, toliko večja je verjetnost, da se bodo pojavili omenjeni simptomi. Ocene kažejo, da približno tretjina ambulantnih bolnikov trpi za temi simptomi. V nekaterih primerih so precej bolj moteči od psihotičnih simptomov, ki naj bi jih nevroleptik odpravil.

Potem je skupina oseb, ki se na nevroleptike ne odzivajo, oziroma jim ti sploh ne pomagajo. Paradoksalno je, da ravno ti najpogosteje razvijejo diskinezijo, saj dobivajo vedno večje doze v upanju, da bo zdravilo končno prišlo. To pa se največkrat ne zgodi. S precejšnjo verjetnostjo namreč lahko napovemo, kateri bolniki ne bodo imeli koristi od nevroleptikov. To so osebe, ki jim je prva doza nevroleptika izredno neprijetna in zdravilo zelo težko prenašajo. Celo, če ga vsemu navkljub jemljejo, navadno kmalu doživijo recidiv. Te osebe se odzivajo že na majhne količine nevroleptikov z depresijo, tecnobo, sumničanjem, to pa so stranski pojavi, ki jih z običajnimi protizdravili (nap. akineton) ne moremo odpraviti. Britanske raziskave kažejo, da se na nevroleptike ne odziva 7 - 24 % oseb, ameriške pa, da 10 - 20% doživi recidiv kljub uporabi nevroleptikov. Vsi ti ne bi bili nič na slabšem, če bi to vrsto terapije opustili, kar pa se le redko zgodi.

Nekoliko podobna je skupina, ki nevroleptike odklanja. Takih je veliko, razlogi pa so različni. Nekateri jih odklanjajo zato, ker se po njih slabo počutijo, ne prenesejo stranskih učinkov in doživljajo svoje simptome kot manj moteče od učinkov zdravil. Sodišča v ZDA zdaj priznavajo psihiatričnim uporabnikom pravico, da zavrnejo zdravila, tudi če so hospitalizirani proti svoji volji. Šele tedaj, če psihiater sproži poseben postopek, v katerem uspe dokazati neprištevnost, je možno uporabiti zdravila. Ta zakon so v začetku sprejemali z velikim nezaupanjem, pokazal pa je, da neuporaba zdravil ne povzroča škode, ki so jo pričakovali. Sedaj so sodni postopki redkost, navadno se obe strani

sporazumno dogovorita. Ameriški psihiatri so postali bolj selektivni pri uporabi nevroleptikov, saj so spoznali, da v mnogih primerih nevroleptiki niso na mestu.

Zelo pomembna je tudi skupina oseb, za katere lahko predvidevamo dobro prognozo. Ta skupina vključuje toliko oseb kot vse prejšnje skupaj, domnevamo pa lahko, da so zanje nevroleptiki nepotrebni, v dolgoročnem smislu celo škodljivi. Indikatorji dobre prognoze so : nenaden pojav psihoze, ki je reakcija na očiten življenjski stres, dobro predhodno socialno delovanje in višja starost. Simptomi in klinične značilnosti psihotične epizode nimajo nikakršne prognostične vrednosti. Tudi diagnoza shizofrenije ne pomeni nujno slabše prognoze kot pri drugih psihozah.

Razlaga škodljivih učinkov dolgoročne uporabe nevroleptikov je dokaj zapletena. Živčne celice, ki prenašajo impulze, se stikajo v sinapsah, tu pa se sproščajo različne kemične substance - nevrotransmitterji in omogočajo prenos impulza sosednji celici. Znanih je večje število nevrotransmitterjev, v zvezi s shizofrenijo pa se najpogosteje omenja dopamin. Dopaminske receptorje najdemo v številnih pomembnih predelih centralnega živčnega sistema. Motnje v njihovem delovanju torej lahko nastopijo v različnih predelih možganov, kažejo pa se kot nezmožnost filtriranja in selekcioniranja dražljajev iz okolja, pa tudi v simptomih kot so halucinacije, motnje mišljenja, čustvovanja, paranoja, depersonalizacija itd.

Najprej so domnevali, da je za shizofrenijo značilna povečana produkcija dopamina, kajti na ta način bi lahko razložili prej opisane motnje. Vendar so poskusi pokazali, da pri obolelih osebah ne najdemo nič več razpadnih produktov dopamina kot pri zdravih osebah. Videti je celo, da je količina razpadnih produktov dopamina zmanjšana, predvsem pri tistih z najslabšo prognozo. Nevrokemik Malcolm Bowers razlaga ta paradoks s trditvijo, da povečana dopaminska aktivnost v shizofreniji ni rezultat pretiranega izločanja dopamina v sinapsah, temveč posledica *pretirane občutljivosti* dopaminskih receptorjev. Dopaminski nevroni naj bi bili pri shizofrenikih bolj odzivni, pripravljeni reagirati že na najmanjše količine tega nevrotransmitterja. Živčni sistem poskuša to motnjo zmanjšati na način, da vzpostavi proces povratne zveze, ki zmanjša produkcijo dopamina.

Bowersova hipoteza se sklada z opaženimi dejstvi, hkrati pa smiselno povezuje shizofrene simptome z motnjami dopaminskega delovanja. Temeljna nevrokemična motnja v shizofreniji naj bi bila torej pretirana odzivnost dopaminskih receptorjev. Znano je, da močan stres ali ponavljajoča se izpostavljenost stresu poveča produkcijo dopamina. Organizem, ki je že tako

preobčutljiv na dopamin, pa se lahko že ob razmeroma blagem stresu pretirano odzove in ravnotežje se poruši.

In kaj imajo pri tem nevroleptiki? Nevroleptiki blokirajo preobčutljive dopaminske receptorje, aktivnost nevronov se zmanjša tako, da psihotični simptomi izginejo. Vendar pa blokada hkrati tudi izključi sistem povratnih informacij, ki je ohranjal produkcijo dopamina na nizki ravni. Problem povečane produkcije dopaminov se ne pokaže takoj, saj receptorje blokirajo nevroleptiki. Učinki so dolgoročni.

Poskusi na podganah so pokazali, da kronična blokada dopaminskih receptorjev pod vplivom nevroleptikov povzroči povečanje števila predelov možgan, ki se odzivajo na dopamin. Zelo verjetno je, da se podobno dogaja tudi pri ljudeh in da je diskinezija tardiva rezultat dopaminske supersenzitivnosti. Z drugimi besedami to pomeni, da nevroleptiki ustvarjajo *umetno hipersenzitivnost* na dopamin. Potencialna nevarnost nevroleptikov je v tem, da še povečujejo začetno nevrokemično motnjo, ki predstavlja dispozicijo za shizofrenijo. Dopaminski receptorji namreč kompenzirajo kronično blokado tako, da postanejo še bolj občutljivi. Ob zmanjševanju doze nevroleptika se lahko pojavi diskinezija tardiva, saj so prej blokirani receptorji nenadno izpostavljeni delovanju dopamina. Prav tako pa se lahko pojavijo psihotični simptomi. Hipersenzibilnost po poteku nekaj tednov ali mesecev, ko je posameznik prenehal jemati nevroleptike navadno izgine, lahko pa se zgodi, posebno, če jih je uporabljal predolgo, da ostane trajna. V tem primeru so se njegove dispozicije za psihotično krizo povečale, psihotični simptomi pa se dosežejo višjo raven, kot bi bila brez zdravljenja. Nezaželeni dolgoročni učinki nevroleptikov so najbolj tragični v primerih, ki bi sicer imeli dobro prognozo.

Poleg povzročanja umetne hipersenzibilnosti na dopamin ter diskinezije tardive imajo nevroleptiki še številne stranske učinke, npr. otrdelost, tresenje, nemir, mišični krči, zamegljen vid, pretirana umirjenost, izguba spontanosti, impotentnost, nezmožnost ejakulacije, epileptični napadi, motnje v delovanju notranjih organov, itd. Nekatere od njih lahko sicer do neke mere omilimo z drugimi zdravili, ostalih pa ne in predstavljajo znatno oviro za normalno življenje.

Med stranske učinke prištevamo tudi zmanjšano zmožnost učenja. Dokaz, da slednja ni rezultat bojazni, predstavljajo poskusi na živalih in na zdravih ljudeh, pri katerih so nevroleptiki imeli enak učinek. Na ta način lahko pretirana uporaba zdravil bistveno zavre proces resocializacije, posebno, kadar zahteva delovno prekvalifikacijo.

Precej razširjeno je mnenje, da so običajna pomirjavalna (kot npr. valium, librium) v psihozi brez koristi. Avtor meni, da izkušnje kažejo obratno. Njihova učinkovitost je verjetno v tem, da znižujejo raven aktivacije na ta način, da blokirajo sproščanje dopamina. Ravno v tem pa je prednost, saj ne blokirajo dopaminskih receptorjev in zato ne povzročajo povečane senzibilnosti kot tudi ostalih stranskih učinkov.

Ne nazadnje pa se prevladovanje farmakološke obravnave nad psihosocialno izraža v pojavu "vrtečih se vrat", za katerega je značilno, da bolnike kar najhitreje odpustijo domov, ti pa se kmalu zopet vrnejo, navadno za krajše obdobje. Nič neobičajnega ni, da isti pacient večkrat na leto pride na krajšo obravnavo v bolnišnico, ki ga potem odpusti v neustrezno okolje.

Še enkrat bi rada poudarila, da avtor ne zavrača nevroleptikov nasploh, zavzema pa se za bolj selektivno in premišljeno uporabo kot je trenutno v navadi v večini dežel. Še posebej se zavzema za to, da nevroleptiki ne bi predstavljali edine oblike pomoči, temveč le dodatek različnim oblikam psihosocialne pomoči.

PROGRAMI ZA DELOVNO REHABILITACIJO

Osrednji del psihosocialne obravnave je usmerjen k izdelavi načrtov za pacientovo življenje po odpustu. Poleg ustreznega bivališča je za mnoge temeljnega pomena najti delo. Raziskave nedvoumno kažejo, da ima delo koristne učinke na potek duševne bolezni. Tako je npr. psiholog Leon Cohen ugotovil, da je bilo med tistimi, ki so dobili delo takoj po odpustu manj recidivov, ne glede na to, kako resno je bilo stanje ob odpustu. Takih raziskav je še nekaj, čeprav niso vse upoštevale kliničnega stanja. Iz tega bi morda sledilo, da dobijo delo predvsem tisti, ki so manj prizadeti, ne pa, da delo samo koristno vpliva na duševno zdravje.

V tej zvezi je posebej zanimiv poskus, ki so ga naredili v 60 letih v Kaliforniji. V časopisu so objavili oglas, da zaposlijo tovarniške delavce, predpogoj pa je, da so preboleli duševno bolezen. Tudi tu so ugotovili, da vrsta, resnost in trajanje duševne bolezni niso bili povezani z delovno učinkovitostjo. Pri večini so simptomi izginili ali pa so se zelo zmanjšali, kar potrjuje že večkrat opaženo dejstvo, da so tudi osebe z resnimi motnjami lahko uspešne pri delu. Seveda pa je treba pripomniti, da je bilo vzdušje pri delu zelo ugodno. Lastnik tovarne jim je zaupal in jih spodbujal, tako da so si sčasoma pridobili precej zaupanja vase in je bilo njihovo delo tudi ekonomsko učinkovito.

Vendar pa navadno ni tako. Po eni strani primanjkuje dela, ki bi bilo primerno za osebe s psihičnimi motnjami, po drugi strani pa mnogi ne vzdržijo dolgega delovnega dne, zato ne morejo konkurirati zdravim. Iz vsega tega sledi, da je potrebno poiskati drugačne rešitve. V svetu je znanih več oblik delovne rehabilitacije. Ena od njih so specialne delavnice, ki se včasih same vzdržujejo, še bolj pogosto pa potrebujejo dotacijo s strani države. Navadno sklepajo pogodbe z industrijo, v časih gospodarskega zastoja pa je to zelo težko, kar privede do konkurence med samimi delavnicami. Namen teh delavnic naj bi bil usposabljanje za normalno delo, kar pa je v mnogih primerih nerealistično. Problem je tudi v tem, da je delo največkrat nezanimivo in ponavljajoče, zato je težko vzdrževati motivacijo delavcev.

Nadaljna oblika je neodvisno podjetništvo oz. kooperative, ki jih vodijo bivši bolniki. Prednost je v tem, da omogoča večjo variabilnost dela in višji status zaposlenih, težave pa so v tem, da so taka podjetja močno pod vplivom gospodarskih gibanj in v zaostrenih gospodarskih razmerah pogosto propadejo.

Morda najuspešnejša oblika je zaščiteno zaposlovanje v industriji. V običajni industrijski obrat vključijo manjše število bivših pacientov, ki delajo pod supervizijo delavcev zdravstvenega centra. To se je izkazalo kot zelo učinkovito, saj stres privajanja na delo lahko povzroči pojav simptomov ali izgubo motivacije, posebno, če se oseba znajde sama v potencialno sovražnem okolju. Tako pa se lahko o vseh težavah pogovori s svojim svetovalcem, ki poišče zamenjavo, če delavec kak dan ni zmožen delati. V skrajnem primeru opravi delo sam supervizor. Tak sistem ima to prednost, da se ohrani tudi v času gospodarskih zastojev. Fluktuacija je izredno majhna, delo pa je v vsakem primeru opravljeno. Res pa je, da je večina del razmeroma nezahtevnih (npr. prenašanje pošte, pomoč v kuhinji, itd.).

V svetu je precej razširjeno tudi prostovoljno delo, ki ga opravljajo osebe z najrazličnejšimi motnjami ali vrstami invalidnosti. To so osebe, ki prejemajo družbeno podporo in največkrat prostovoljno delajo za razne neprofitne organizacije. Tudi tu je v navadi supervizija, delo pa ni plačano. Prednosti prostovoljnega dela je veliko. Posameznik lahko izbere delo, ki ga zanima, delovni čas je kratek in fleksibilen, zahteve pa so razmeroma majhne. Tako delo pogosto predstavlja edino možnost za tiste, ki ne morejo doseči polne produktivnosti.

ljudeh, pri katerih so nevroleptiki imeli enak učinek. Na ta način lahko pretrana uporaba zdravil bistveno zavre proces resocializacije, posebno, kadar zahteva delovno prekvalifikacijo.

DUŠEVNA BOLEZEN IN SKUPNOST

Programi desegregacije duševnih bolnikov so v svetu že dokaj razviti in vsebujejo večje število alternativ. Njihov skupni namen je, da zdravljeno osebo ohranjamo v skupnosti, dvignemo njen degradirani status in ji ponudimo smiselno vlogo v življenju. Taka obravnava pomeni hkrati tudi socialno akcijo ter izobraževanje skupnosti, ki je pogosto dokaj odklonilna in polna predsodkov v zvezi z duševnim bolnikom.

Kot alternativa duševni bolnišnici se ponekod pojavljajo manjši centri za intenzivno obravnavo, ki navadno nimajo več kot 10 postelj. Locirani so v različnih delih mesta, tako da uporabnik nima predaleč do doma. Center nudi običajne diagnostične in terapevtske usluge, zaradi manjše infrastrukture pa so stroški le 1/3 tistih, ki so potrebni za vzdrževanje bolnišnice. Odnosi so sproščeni in bolj osebni, prisila ni potrebna. Največkrat zadostuje, da zdravljencu zagrozijo z bolnišnico. Vsak uporabnik centra je aktivno vključen v delovanje skupnosti. Odgovoren je za specifične naloge in ima suprevizorja. Poudarek je na psihosocialnem delu. Tako se ukvarjajo s socialno mrežo uporabnika, njegovimi finančnimi pogoji, delovno situacijo, družino in življenjem nasploh.

Ponekod so razvili sistem rejniških družin, ki so pripravljne skrbeti za akutno bolne. Navadno ostanejo kakih 10 dni, sestre in psihiatri pa nudijo pomoč na domu. Bolnik dobi svojo sobo in ga obravnavajo kot gosta, družine pa morajo biti tople in razumevajoče. Včasih postane kar neke vrste družinski član in pomaga pri družinskih opravilih. Raziskave kažejo, da osebe, ki preživijo akutno fazo pri skrbniški družini ohranijo ugodnejšo predstavo o sebi in svojih sposobnostih od tistih, ki so hospitalizirane. Nekateri kraji imajo že precejšnjo tradicijo skrbniških družin, drugje pa je ustrezne družine razmeroma težko najti.

Za osebe, ki niso akutno bolne in so zmožne živeti doma, so razvili t.i. podporno mrežo v skupnosti, ki jo sestavlja ekipa zdravstvenih in socialnih delavcev in je na voljo 24 ur na dan. Na poziv ali po dogovoru obiskujejo bivše bolnike na domu, delovnem mestu, ipd. Učijo jih vsakdanjih veščin, kot npr. nakupovanja, kuhanja, ravnanja z denarjem, itd. Pomagajo jim najti delo in posredujejo v sporih z delodajalcem, po želji pa tudi organizirajo aktivnosti za prosti čas. Posameznik je deležen ravno toliko skrbi, kot bi jo dobil v bolnišnici, vendar pri tem normalno živi in dela. Ob taki vrsti pomoči so zabeležili le 16% recidivov v nasprotju s klasično obliko pomoči, kjer je odstotek približno 58.

Za tiste, ki nimajo družine ali pa se k njej ne želijo vrniti, so v svetu ustanovili večje število stanovanjskih skupnosti. Zelo primerne so tudi za osebe, ki so vrsto let preživele v bolnišnici. Najbolje je, če se stanovalci že od prej poznajo. Osebe sprva precej pomaga pri prilagajanju novemu načinu življenja, učenju življenjskih veščin in urejanju odnosov, kasneje pa vse to vedno bolj prepuščajo stanovalcem samim. V nekaterih primerih je potrebno, da je član osebja stalno prisoten, v drugih ne. Prednost stanovanjskih skupin je v tem, da ob ustrezni superviziji predstavlja nekakšno nadomestno družino osebam, ki težko ustanovijo svojo lastno, ali pa se težko osamosvojijo od staršev. Nujno potrebno pa je, da terapevt skrbi za odnose in posreduje v sporih, sicer lahko postanejo take skupine prav tako stresne kot družine, iz katerih so se umaknili. Varianta stanovanjske skupine je tudi, da vsako stanovanje predstavlja svojo enoto v večji zgradbi, zvečer pa se stanovalci sestajajo na pogovor s terapevtom. Taka rešitev je najprimernejša za tiste, ki najraje živijo sami, a se bojijo osamljenosti.

V ZDA in Veliki Britaniji so med najbolj pogostimi oblikami pomoči duševno bolnim dnevni centri. Čeprav večinoma ne dosegajo integracije, kakršne so se ustanovitelji nadejali, za mnoge pomenijo predah v brezciljni eksistenci. V družbi, kjer duševno bolni ne služijo nobeni koristni funkciji, jim dnevni program omogoča, da nekam gredo in nekaj počnejo. Dnevni centri so glede aktivnosti lahko bolj ali manj strukturirani, v vsakem primeru pa omogočajo socialna srečanja za osebe, ki so brezposelne, izolirane in brez prijateljev. Dnevni centri včasih nudijo tudi trening različnih spretnosti ter organizirajo obiske predstav, telovadnic in drugih ustanov skupnosti.

V 60 letih so politiki in zdravstveni delavci napovedovali skorajšen konec duševnih bolnišnic, a so še vedno prisotne v večini dežel. Dejstvo je, da nekaterih oseb ni moč ustrezno oskrbovati zunaj bolnišnice. Prav tako pa tudi drži, da je takih pacientov izredno malo. Po ocenah iz ZDA približno 3% psihotičnih pacientov potrebuje dolgoročno hospitalizacijo.

KAKŠNE VRSTE PSIHOTERAPIJE POTREBUJE DUŠEVNI BOLNIK

Psihoterapija oseb, ki so zbolele za psihozo, se v nekaterih ozirih razlikuje od klasične, ki je namenjena predvsem osebam z nevrotičnimi motnjami, v nekaterih pogledih pa temelji na istih osnovnih sestavinah. Skupna je potreba, da oba udeleženca zgradita odnos obojestranskega zaupanja in razrešujeta nesporazume, ki se pojavljajo. Prav tako, ali pa še bolj pomembno je, da terapevt v odnosu do klienta izraža spoštovanje in razumevanje. Terapevt naj bi

se izogibal dvoumnostim in si prizadeval za čimbolj jasno komunikacijo, z jasnimi pričakovanji in pravili.

Temeljna razlika od klasične psihoterapije je morda v tem, da ni namenjena odkrivanju psihodinamičnih izvorov, temveč je poudarek na problemih vsakdanjega življenja. To ne pomeni, da bi se moral terapevt izogibati pogovorom o psihotičnih doživetjih, gre le za to, da ni njegova naloga, da jih analizira, temveč omogoči klientu, da v pogovoru zmanjša svojo zmedo in strah. Empatično razumevanje in toplina sta predpogoj.

Problemi vsakdanjega življenja, s katerimi se sooča duševni bolnik so mnogoteri. Najbolj pogost in uničujoč problem je stanje brezcilnosti, občutek nemoči in brezvrednosti, ki predstavljajo povsem realističen odziv na dejansko situacijo. Duševni bolnik je v zahodni družbi zares drugo, če ne tretjerazredni državljan. To pa je problem, s katerim se je v terapiji potrebno soočiti. Morda je najpomembnejši del terapije dviganje morale ("consciousness raising"). Klient mora uvideti, da je njegova neugodna samopodoba produkt družbe, ter se soočiti s svojim nizkim statusom in stigmatizacijo. Koristno je tudi vključevanje v skupine, ki se borijo za izboljšanje pogojev duševno bolnih, saj ima tovrstna aktivnost pogosto izreden terapevtski učinek.

Nadaljni element psihoterapije je postavljanje realnih pričakovanj. Medtem ko je nekatere potrebno spodbujati, da lahko premagajo težave in dosežejo več, pa je potrebno druge prepričati, da morajo sprejeti določene omejitve. Prizadevati si moramo, da klient doseže kar največjo stopnjo avtonomije, vendar ne smemo spodbujati ciljev, ki presegajo njegove trenutne zmožnosti. Pri tem je potrebna velika občutljivost in postopnost.

Zelo pomembno je tudi delo z družino. V ta namen so izdelani različni programi, ki največkrat združujejo edukativne kot tudi terapevtske elemente. Izvajajo se lahko na domu, v okviru posamezne družine ali pa v obliki skupin svojcev, ki se občasno sestajajo. Skupine so največkrat tematsko opredeljene, hkrati pa so člani povabljeni, da si izmenjujejo izkušnje. Teme se nanašajo na diagnozo shizofrenije oz. manično-depresivne psihoze, na vzroke duševnih bolezni, prognozo, medikamentozno terapijo, na vrste pomoči v skupnosti, pravne vidike duševnih bolezni, najnovejša spoznanja, psihoterapijo in družinsko terapijo, možnosti zaposlitve, socialno pomoč, itd.

EDUKACIJA SKUPNOSTI

Sestavni del desegregacije duševnih bolnikov je tudi ustrezno obveščanje javnosti. Na zahodu že 30 let uvajajo obravnavo v skupnosti, vendar je splošna

javnost še vedno zelo nepoučena, če že ne napačno poučena. Pri tem imajo svojo vlogo vsekakor tudi mediji množičnega obveščanja, ki se navadno omejujejo na prikaze zločinov in grozodejstev, katerih storilci so duševni bolniki, čeprav statistike kažejo, da odstotek le-teh v ostali populaciji ni nič manjši. V ZDA prikazujejo v zadnjem času tudi bedno stanje nekaterih dez-institucionaliziranih bolnikov, ki je podano tako, da gledalec nehote zvrne krivdo na njih namesto na državo, ki se jih je odrekla. Edino v radijski programih poskušajo včasih prikazati človeško plat te problematike, v obliki pogovorov s starši in zdravniki.

Tudi pri nas je ta tema bolj ali manj nezaželena in po mnenju medijev primerna le za medicinske učbenike. Prav to pa me je tudi vzpodbudilo k pisanju pričujočega sestavka. Želela bi si, da bi naletel na odmev tako s strani prizadetih in njihovih svojcev, kot tudi širše strokovne in druge javnosti.

Viri :

Warner, R. (1985). *Recovery from schizophrenia*. London. Routledge & Kagan.

Tanja Lamovec, Vito Flaker

KAJ JE DUŠEVNA BOLEZEN

Verjetno ste razočarani, ker v prejšnjem sestavku niste dobili jasnega odgovora na vprašanje, ali je shizofrenija ozdravljiva. Avtor knjige, po kateri sem povzela pomembne ugotovitve, ne daje neposrednega odgovora, temveč le navaja podatke, ki povezujejo izid shizofrenije z najrazličnejšimi zunanjimi dejavniki kot so, pripadnost kulturi, socialno-ekonomski pogoji, družinske značilnosti, itd. Dejstva, ki jih navaja, postavljajo pod vprašaj upravičenost uvrščanja shizofrenije v kategorijo bolezni, s katero označujemo vsoto abnormalnih pojavov *znotraj* organizma, ki ga postavljajo v biološko manj ugoden položaj.

"Duševna bolezen" je hkrati več in manj kot si navadno predstavljamo pod besedo bolezen. Več je zato, ker ne zajema le motenosti specifične vitalne funkcije, temveč prizadene celotno človekovo osebnost, poruši pa tudi celotno mrežo njegovih medosebnih odnosov ter življenjskih stremeljenj. Pri ostalih boleznih so vsa ta področja prizadeta le delno, zato navadno zadostuje, da zdravljenje usmerimo le na bolezen samo. Motnja, ki prizadene osebnost, potrebuje še drugačno obravnavo.

"Duševna bolezen" v spoznavno-teoretičnem smislu ni bolezen, temveč dispozicija, analogna temu, kar v angleščini imenujejo "condition" (npr. heart condition ali slabo srce.) Gre torej za specifično duševno neodpornost. V znanosti je namreč potrebno strogo ločevati opažena *dejstva* od *domnev*. Dejstvo, ki ga lahko opazimo, je *psihotična kriza*. Prepoznamo jo po simptomih, kakršne navaja psihiatrična literatura, spremljajo pa jo tudi določene biokemične spremembe. Vzorci simptomov tvorijo sindrome, med katerimi sta najbolj znana shizofreni in manično-depresivni. Psihotična kriza ima torej vse potrebne attribute bolezni. Seveda le toliko časa, dokler traja. Potem, ko motnje izginejo in ne najdemo več nobenih biokemičnih sprememb, je po logiki človek zdrav.

Človek, ki preboli gripo, s tem izgubi svojo diagnozo. Nihče niti pomislil ne bo, da bi ga za vse življenje označil kot "gripoznega" bolnika, pa čeprav morda vsako leto trikrat zboli za to boleznijo. Nedvomno lahko rečemo, da je taka oseba nagnjena k gripi, da ima določene dispozicije zanjo, a kadar je zdrava, je zdrava.

Za "duševnega bolnika" to ne velja. Diagnoza je dosmrtna, pa čeprav je od zadnje krize morda minilo že deset let ali več. Uradno je taka oseba duševno bolna, čeprav je ves čas zdrava. Kako je psihiatrija prišla do takih nesmislov? *S paralogičnim mišljenjem, ki meša opažena dejstva z domnevami.* Sklepanje, ki ima več opraviti s sholastiko kot z znanostjo, gre nekako takole. Oseba, ki je doživela psihotično krizo, naj bi bila po analogiji medicinskega modela žrtev neka mitološke entitete - duševne bolezni. To naj bi bil nekakšen latenten biološki proces, iz katerega naj bi kriza *izvirala*. Tako sklepanje s stališča logike ni ustrezno, kajti razlaga je krožna. Kriza naj bi dokazovala obstoj duševne bolezni, ta pa se potem prikaže kot vzrok krize. Z znanstvenega stališča so domneve dopustne. Nič ni narobe, če domnevamo obstoj takega procesa. Toda v naslednji fazi smo ga dolžni tudi dokazati. Če ga ne moremo dokazati, mu nismo upravičeni pripisovati vzročnega delovanja. Latentnega bolezenskega procesa niso nikoli dokazali. Ko kriza mine, ne ostane ničesar več, na osnovi česar bi lahko razlikovali "duševno bolno" osebo od zdrave.

Če trdim, da potem, ko psihoza mine, ne ostane ničesar več, mislim to izključno v biološkem smislu. Preživelemu ostane diagnoza, ki se je drži prizvok neozdravljivosti in z njo povezana stigmatizacija, ki sproži socialni proces drsenja navzdol po socialni lestvici. Taka oseba pristane na manj zahtevnem delovnem mestu, izgubi večino "prijateljev", pogost je tudi razpad družine. Tudi na psihološki ravni se dogaja paralelen proces, ki se kaže kot izguba samospoštovanja, motivacije za dosežke, občutek pomanjkanja nadzora nad svojim življenjem, itd.

Misel, da so neozdravljivo bolni, mnoge ljudi privede na rob samomora ali pa še čez. Diagnoza, ki ne razloži ničesar in na osnovi katere ni moč podati nikakršne prognoze, postane samouresničujoča prerokba. Mnogi, in to predvsem mladi, napravijo križ čez svoje življenje in postanejo živi mrlič. Vdali so se v "usodo". Vse zaradi nepremišljene besede. Voodoo smrt sredi "civilizacije". Vrač pove avstralskemu domorodcu, da bo čez nekaj dni mrtev, in to se zares zgodi. Sodobnemu človeku to pove instanca, ki paradira kot znanost, znanost pa je simbol najvišje resnice. Psihiatrična diagnoza deluje kot smrtna obsodba, ki obsoja na smrt v življenju. Tolikšna je moč besed, zato bi bilo priporočljivo, da veda, ki se spogleduje z znanostjo, to upošteva in prizna svojo nemoč.

Kaj lahko torej rečemo o ozdravljivosti shizofrenije ali katerekoli "duševne bolezni"? Če gledamo na duševne motnje kot na *dispozicije* nekaterih posameznikov, da se v stresnih situacijah odzovejo s psihozo in ne npr. s čišrom na želodcu, moramo zaključiti, da tovrstne dispozicije, kot vse druge, niso

"ozdravljive". Ker dispozicija ni bolezen, ne more biti niti ozdravljiva niti neozdravljiva. Morda se zdi, da gre le za nepomembno semantično distinkcijo, pa ni tako. Razlika je ogromna. Bolezen ima svoj tok, ki poteka po svojih notranjih zakonitostih. V odnosu do njih smo razmeroma nemočni, v kolikor ne najdemo učinkovitega zdravila. Dispozicije puščajo več maneverskega prostora. Tako kot se oseba, ki je nagnjena k gripi nauči varovati pogojev, v katerih običajno zboli, tako se tudi oseba, ki je nagnjena k duševnim motnjam lahko nauči varovati doživetij, ki jo ogrožajo. S spremembo pogojev v okolju lahko v veliki meri dosežemo, da se dispozicije za psihozo ne bodo mogle izraziti. Izbruh psihične krize navadno lahko preprečimo tudi s pravočasno uporabo nevroleptikov. Ti sicer ne zdravijo ničesar, pač pa preprečijo prekomerno naraščanje vzbujenja, ki lahko onesposobi normalno delovanje prilagoditvenih funkcij. Pri vsem tem pa je najpomembnejša zavest, da posamezniku ostaja precejšen del nadzora nad lastnim življenjem. Če pojmuje "duševno bolezen" kot akutno psihično reakcijo, lahko zaključimo, da približno tri četrtine oseb "ozdravi". Na osnovi prej opisanega paralogičnega mišljenja nekateri psihiatri še vedno ne obravnavajo teh oseb kot zdravih, temveč trdijo, da so le "zazdravljene".

Med ljudmi je dokaj razširjena še ena tragična neresnica. To je trditev, da shizofrenija neizogibno povzroča osebni propad. Empirična dejstva tega ne potrjujejo. Tudi osebno poznam kar precej ljudi s to diagnozo, ki produktivno živijo in delajo in to mi zadostuje, da kategorično zavrnem zgornjo trditev. Če bi veljala, ne bi smelo biti niti enega takega primera. Kaj pa, če te osebe niso dobile prave diagnoze? To je namreč pogost ugovor. "Shizofrenik", ki ozdravi, sploh nikoli ni bil shizofrenik. Vprašanje, ki se ga tu lotevam, je zamotano. Kaj je pravzaprav shizofrenija? Po najnovejši ameriški klasifikaciji mora biti oseba vsaj 6 mesecev nepretrgoma psihična, preden dobi diagnozo shizofrenije. Pri nas lahko postaneš "shizofrenik" mnogo prej, po približni oceni zadostuje že enomesečna kriza ali celo manj. Če se torej tedaj preseliš v ZDA, nisi več "shizofrenik".

Ker nihče ne ve, kaj shizofrenija zares pomeni, če kaj, lahko vsaj z gotovostjo trdimo, da je to prikladen *naziv* za skupek simptomov neznanega izvora. Možno je tudi, da so izvori pri različnih osebah različni, kot so različni tudi izidi. Pri nekaterih osebah, ki so na srečo v manjšini, ostanejo motnje relativno trajne ali pa je izboljšanje neznatno. V teh primerih se lahko zares pojavi osebni propad. Prav tako se pojavi pri tistih, ki preživijo več let v duševni bolnišnici ali kakem podobnem zavodu. Isto bi se zgodilo tudi povsem zdravi osebi, ki bi živela v takih okoliščinah. Programi rehabilitacije so pokazali, da so spremembe v teh primerih *reverzibilne*, zato jih ne smemo pripisati

"bolezenskim" dejavnikom. Tudi manj drastične, a kljub temu travmatične posledice stigmatizacije, ki vodijo v socialni propad, lahko pustijo škodljive posledice na osebnosti.

Po drugi strani pa vemo, da se v deželah tretjega sveta približno 3/4 oseb z diagnozo "shizofrenija" ponovno produktivno vključi v skupnost pod pogojem, da se ne zdravijo v zapadno usmerjenih bolnišnicah. V industrijskih deželah je odstotek odvisen od povpraševanja po delovni sili, vsekakor pa je mnogo nižji. Kje so vzroki za to? Eden je prav gotovo semantične narave in je povezan s tolmačenjem krize oz. verovanjem, da so se v prizadeto osebo naselili duhovi (ti pa bi se prav tako lahko naselili v koga drugega). Prizadeti torej ni zaznamovan kot "nosilec" bolezni. Še več. Celotna skupnost se čuti dolžna opravljati različne ceremonije ter izkazovati pozornost "obsedenemu", ki ni deležen izključevanja, temveč dodatne pomoči. Izročilo namreč pravi, da prizadeti trpi tudi za grehe vseh ostalih. Ko se stanje izboljša, ostane njegov ugled neokrnjen, lahko pa se celo poveča, če postane šaman.

Vidimo torej, da je lahko mitično pojmovanje duševnih motenj precej bolj učinkovito od tistega, v katerem se mešate mitologija in znanost. Prvotni miti največkrat temeljijo na ljudski modrosti, na intuitivnem dojemanju psihične realnosti. Opisano pojmovanje, če ga vzamemo metaforično, dojema temeljno soodvisnost posameznikovega doživljanja z življenjem v skupnosti. Redukcionistični medicinski model, ki locira "bolezen" znotraj posameznika, je v primerjavi s to modrostjo izredno primitiven in pomanjkljiv, taki pa so tudi njegovi rezultati.

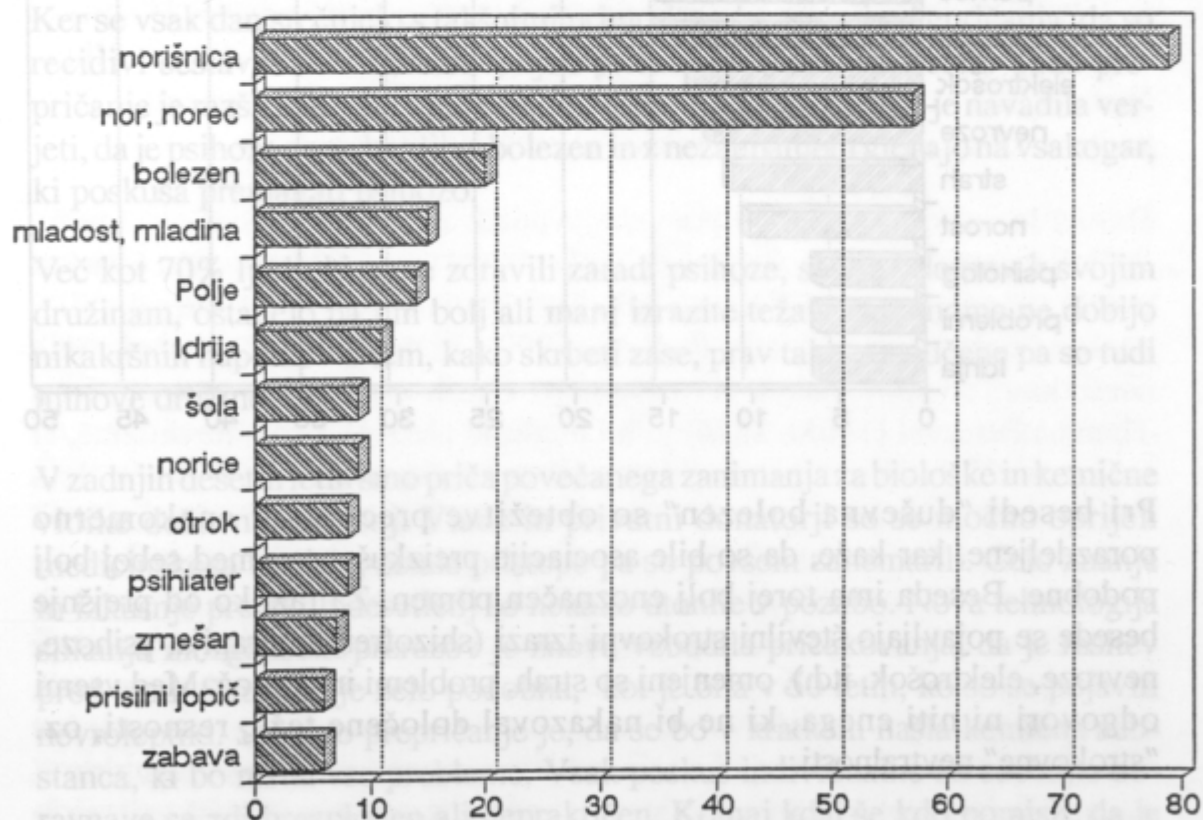
"Duševna bolezen" je izum medicine, ki ga splošna javnost prav tako nekritično sprejema, kot je nekoč sprejemala "obsedenost" ali "čarovnice", izuma cerkvenih avtoritet. S tem, ko nek pojav vključimo v ta ali oni pojmovni sistem, ga bistveno preoblikujemo. Pojem, s katerim ga označimo, nam pove, s katerega zornega kota ga moramo gledati, kako naj ga vrednotimo in kako naj z njim ravnamo. Način gledanja na nek pojav ne more biti niti pravilen niti napačen, izraža le naše predpostavke. Predpostavke ne morejo biti znanstvene, temveč tvorijo le osnovo za znanost ali karkoli drugega. Predpostavke so torej poljubne, edino merilo je njihova funkcionalnost oz. učinkovitost pri razlagi in obvladovanju pojavov. Nekoristne predpostavke je treba zamenjati.

Pojem "duševne bolezni" ni izpolnil pričakovanj. Poskuša biti znanstven in nevtralen, dejansko pa deluje zastrašujoče in deprimirajoče. Vsebuje konotacije neozdravljivosti, propada in izobčenosti. Izgubil je vse presežne pomene pogovornih izrazov kot sta norost ali blaznost. Izkušnja norosti vsebuje sestavine, ki jih najdemo v sanjah, umetnosti, mitologiji, v njej se

izgubijo osebne meje in pride do poenotenja s kozmosom, najdemo se v nekem drugem, transpersonalnem, ali če hočete, v arhetipskem svetu. Kljub vsemu trpljenju, ki ga prinaša, je možno napisati Hvalnico norosti, težko pa si zamišljam, da bi bil kdo zmožen napisati Hvalnico duševni bolezni. Če osebi, ki ni čisto pri sebi, rečemo, da je nora, bo morda užaljena ali ogorčena, če jo označimo kot duševnega bolnika, smo ji odvzeli vse človeške attribute. Norec je vreden pozornosti in zanimanja, saj je nenavaden, enkrat in zabaven; duševni bolnik je vreden le pomilovanja. In v tem je precej resnice. Nekdanji norec je bil divji, neobvladan, nepredvidljiv, današnji duševni bolnik topo strmi predse pod preveliko dozo nevroleptikov, ki povzročajo čudne grimase.

Med študenti in študentkami prvega letnika psihologije smo izvedli asociativno preizkušnjo, v kateri so preizkušanci zapisovali svoje asociacije na besedi "duševna bolezen" in "norost" v času 1 minute. Odgovore smo obtežili po posebnem ključu glede na vrstni red pojavljanja, pri čemer so tiste, ki so se pojavile med prvimi, dobile višje število točk. Rezultate prikazujeta pričujoča histograma.

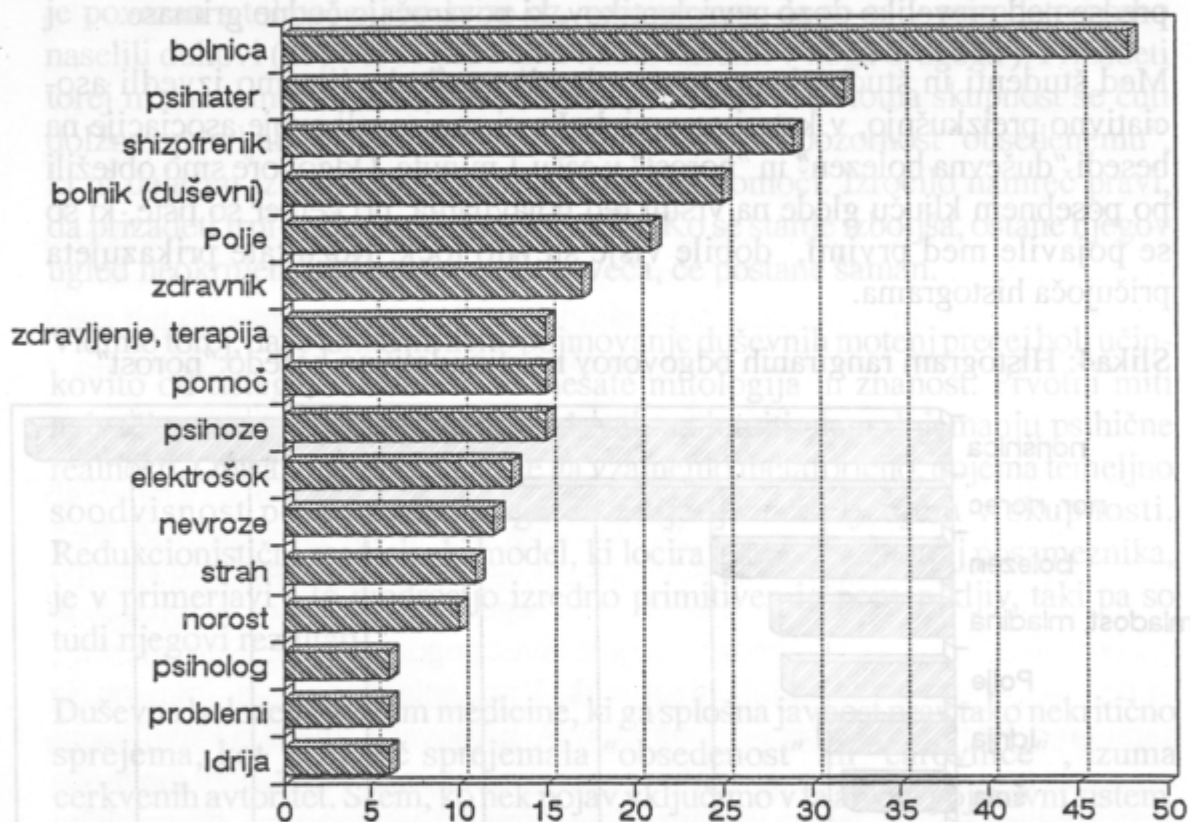
Slika4: Histogram rangiranih odgovorov na stimulativno besedo "norost"



Pri besedi "norost" izstopajo asociacije, ki izvirajo iz istega korena (norišnica, nor, norec), ostali odgovori pa so precej manj zastopani. Med njimi najdemo asociacije, ki se navezujejo na ustanove duševnega zdravja, omenjana je

bolezen, psihiater in prisilni jopič. Druga skupina odgovorov se povezuje z mladino in mladostjo (verjetno na osnovi znanega slovenskega pregovora), šolo, otroki, zabavo in zmešanostjo. Zaradi fonetične podobnosti se je verjetno pojavil tudi odgovor norice.

Slika 5: Histogram rangiranih odgovorov na stimulativno besedo "duševna bolezen"



Pri besedi "duševna bolezen" so obtežitve precej bolj enakomerno porazdeljene, kar kaže, da so bile asociacije preizkušancev med seboj bolj podobne. Beseda ima torej bolj enoznačen pomen. Za razliko od prejšnje besede se pojavljajo številni strokovni izrazi (shizofrenik, terapija, psihoze, nevroze, elektrošok, itd.), omenjeni so strah, problemi in pomoč. Med vsemi odgovori ni niti enega, ki ne bi nakazoval določene teže, resnosti, oz. "strokovne" nevtralnosti.

Viri :

Warner, P. (1985). Recovery from schizophrenia : Psychiatry and political economy. London, Routledge & Kagan.

Tanja Lamovec, Teodor Šučur

KAKO PREMAGATI PSIHOZO

"Odprl bom usta za neme... Rotim vas, da se postavite v položaj tistih, katerih trpljenje opisujem, preden poskušate določiti, kakšno ravnanje boste zavzeli do njih. Čutite z njimi, poskusite jih braniti. Bodite njihovi prijatelji - ne prepričujte s sovraštvom".

J.T.Perceval

V sodobnem svetu še vedno prevladuje pesimizem glede izida psihoze. Čeprav o tem neradi govorijo, večina psihiatrov ne verjame v trajno ozdravitev. Navajeni so gledati ljudi, ki se začasno sicer prilagodijo na vsakdanje življenje, potem pa se pod njegovimi pritiski znova zlomijo in umaknejo v svet psihoze. Ker se vsak dan srečujejo s takšnimi primeri, se navzamejo prepričanja, da so recidivi sestavni del "bolezni", njen pričakovani naravni potek. Tako prepričanje je razširjeno tudi med ostalimi ljudmi. Večina ljudi se je navadila verjeti, da je psihoza neozdravljiva bolezen in z nezaupanjem gledajo na vsakogar, ki poskuša premagati psihozo.

Več kot 70% ljudi, ki so se zdravili zaradi psihoze, se vrne domov k svojim družinam, ostanejo pa jim bolj ali manj izrazite težave. Večinoma ne dobijo nikakršnih napotkov o tem, kako skrbeti zase, prav tako nepoučene pa so tudi njihove družine.

V zadnjih desetih letih smo pričra povečanega zanimanja za biološke in kemične vidike duševnih motenj. Vlade in privatni donatorji so se močno oprijeli medicinskega modela, ostale pristope pa so povsem zanemarili. Celo znanje in izkušnje preteklih desetletij so nekako utonile v pozabo. Nova tehnologija slikanja možganskih prereзов je znova vzbudila pričakovanja, da je rešitev pred vrati. Situacija je zelo podobna, kot je bila v 50 letih, ko so se pojavili nevroleptiki. Splošno prepričanje je, da se bo v kratkem našla kemična substanca, ki bo rešila vse probleme. Vsak poskus individualne ali socialne obravnave se zdi brezploden ali nepraktičen. Komaj kdaj še kdo pomisli, da je norost morda sestavni del tega, čemur pravimo, biti človek. Bolj udobno je verjeti, da je psihoza redka bolezen in ne naravna posledica določenega načina življenja.

Medikalizacija norosti ustvarja lažen občutek varnosti. Prepričanje, da se psihoza prične in konča pri posebnostih možganov jo izniči kot človeško tragedijo in prispeva k slabšanju pogojev skrbi za prizadete osebe. Današnja obravnava oseb s psihiatričnimi motnjami je dosegla stopnjo skrajne zmedenosti. Priča smo pretirani uporabi najrazličnejših psihofarmakov, skupaj s preparati, ki naj bi odstranjevali škodljive stranske učinke prvih. Elektrokonvulzivna terapija je znova v porastu, večja pa se tudi zanimanje za psihokirurgijo. Argumenta sta skoraj vedno cenenost in učinkovitost.

Grozljiva predvidevanja Ivana Illicha so se že uresničila. Strokovnjaki so se polastili našega zdravja. Z nekritičnim sprejemanjem medicinskega modela, so ljudje opustili tradicionalno modrost, ki uči, kako skrbeti zase in za druge. Industrializacija duševnega zdravja je skoraj popolna. V vseh sodobnih ustanovah vladajo tri načela: ekonomska učinkovitost, pravila, ki zagotavljajo varnost, v ZDA pa še strah pred zasebnimi tožbami zaradi neustreznega zdravljenja. Ta načela pomagajo ohranjati velike bolnišnice, čeprav je znano, da povzročajo že večkrat omenjeno azilsko mentaliteto. Ista načela opravičujejo tudi najrazličnejše oblike terapevtske agresivnosti. Stranski produkt sodobnih institucij je strah pred intimnimi medosebnimi odnosi, ki so tako dragoceni in vitalnega pomena za premagovanje psihoz. Strah in nemoč ljudi, ki se soočajo s psihotičnimi doživetji, prekrivajo z vse večjimi dozami zdravil, namesto da bi jih naučili, boriti kako se proti strahu.

Danes le redki praktiki še posvečajo pozornost notranjemu osebnemu doživljanju oz. fenomenologiji psihoz, čeprav se teoretiki v zadnjem času kar precej ukvarjajo s tem. Eden redkih, ki je svoja spoznanja prenesel tudi v prakso, je ameriški psihiater Podvoll (1990). Zbral je pričevanja nekaterih oseb, ki so se spoprijele z norostjo in jo včasih uspešno premagale. John Thomas Perceval (1803 - 1876) je bil angleški plemič iz vplivne družine, ki so ga pri 29 letih nasilno zaprli v azil za duševno bolne. V prvem letu hospitalizacije je skoraj povsem okreval od psihoze in se več kot dve leti boril za svojo izpustitev. Kasneje je vse svoje življenje posvetil prosvetljevanju ljudi, ustanovil pa je tudi prvo zagovorniško skupino na svetu. V več knjigah je natančno opisal svoja doživetja pogojev v institucijah kot tudi svoje notranje dileme. Njegovo sporočilo je, da je psihozo možno premagati, opisuje pa tudi, kako jo je premagal sam. Osvobodil se je predvsem z razvijanjem vpogledov v mehanizme norosti, na isti način pa je pomagal še številnim drugim. Z njegovo smrtjo so tovrstna prizadevanja utonila v pozabo. Po 150 letih ga je znova odkril Gregory Bateson. Videli bomo, da je Percevalovo delo še danes vredno pozornosti. Brez kakršnekoli pomoči je namreč odkril način, kako premagati psihozo.

V časih, ko je živel Perceval je, podobno kot danes, vladalo prepričanje, da je psihoza neozdravljiva. Človek, ki vstopi v azil, je za svet izgubljen. Perceval je verjel, da se proti temu škodljivemu prepričanju lahko borimo s poglobljenim razumevanjem psihotikove duševnosti. Sprva se posameznik zares ne more upreti "magičnim" in "čudežnim" dimenzijam psihoze, ki ga zapeljujejo in potegnejo v svoj krog. Šele sčasoma se lahko človek nauči temu upreti.

Ko je Perceval izjavil, da je ozdravel, je naletel na strahovit posmeh. Okolica je bila prepričana, da je še vedno nevaren. Poslal je več kot sto pisem svojim vplivnim sorodnikom, odvetnikom in sodiščem, da bi mu pomagali priti na svobodo. Dolgo časa so zavračali vse njegove prošnje, končno pa mu je le uspelo.

V svojih delih je opisal proces premagovanja psihoz, ki je sestavljen iz faz, od katerih vsaka zahteva novo odločitev. Proces premagovanja psihoz primerja z labirintom, v katerem je mnogo stranskih poti in ovir, od katerih mnoge postavlja tudi okolje. Pričujoči prispevek strnjeno prikazuje najpomembnejša avtorjeva spoznanja, zahtevnejšemu bralcu pa priporočava, da prebere avtorjevo originalno delo.

PROCES ZDRAVLJENJA

Sredi psihoze se občasno javljajo izkušnje nenadnega "šoka" ali "osuplosti", trenutki "otokov lucidnosti in prebujenja". Ob takih trenutkih, pravi Perceval, so se mu odprle oči. Tedaj se je včasih zgrozil zaradi iluzije, samoprevare, v kateri je živel prej. Prebujanje pa lahko nastopi tudi postopno, v intervalih med točkami jasnosti uma. To se dogaja malo po malo, včasih obupno počasi, včasih pa z veliko močjo. Takrat se pojavijo tudi trenutki radosti in samozaupanja. Čeprav se te sekvence vedno znova ponavljajo in se njihov učinek počasi akumulira, je za poplno okrevanje od psihoze potreben stalen napor volje. V vsaki fazi zdravljenja so specifične nevarnosti. Nevarnost, da posameznika potegne nazaj v vrtinec psihotičnih blodenj, je velika in včasih nepremagljiva. Toliko bolj, ker navdušenje nad nenadnimi prebujenji ali pa njihovo nerazumevanje lahko vodi v samopoveševanje in skušnjava, da bi si posameznik ta prebujanja ustvarjal po svoji volji. Včasih spremlja postopno prebujanje velika negotovost ali, kot je to imenoval Perceval, "otroška občutljivost in imbecilna sposobnost kontroliranja svojih misli". V ozadju pritiska tok potrnosti in nostalgije po blodnjah. V primerjavi z impulzivno teatraličnostjo norosti ima človek v procesu okrevanja občutke dolgočasje in brezupa. Zato se lahko zgodi, da izgubi svoj cilj in z njim napor volje, ki je

potreben za ozdravitev. Za uspešen zaključek nevarne poti okrevanja je vsekakor potreben pogum.

Ozdravitev ni jasno razločljiv dogodek ali meja, ki jo je treba prestopiti, temveč kontinuiran proces, ki se dogaja ves čas, tudi sredi intenzivne psihoze. Norost in duševno zdravje sta neločljivo povezana. Podivjanost uma in lucidnost inteligentnosti nastajata z ramo ob rami. Samodejna spoznanja o tem, kako ozdraveti, se prikazujejo kot prikrita sporočila v stadiju blodenj. Včasih jih prepoznamo, lahko pa tudi ne. Če je proces naravnega poteka zdravljenja zaviran, zaustavljen, ali pa ga okolje aktivno onemogoča, človek opusti napor ali pa se začne neusmiljen boj za preživetje. Implikacije teh načel so zelo pomembne, saj kažejo, da je vsak človek sposoben samoozdravitve od psihoze. Proces se odvija skozi podobne faze, ki pomenijo dobesedno razvozljavanje psihoze. Preceval na osnovi svojih izkušenj opisuje vsako od teh faz. Vsaka faza vključuje prepoznavanje ali vpogled v naravo psihoze. Vsaka faza predstavlja posebno kvaliteto duševnosti, ki se ne odvija v smislu potenciranja blodenj, temveč trenutkov lucidnosti znotraj blodenj, ki imajo svojo posebno logiko, čustveni ton in dileme. Čeprav faze ne sledijo vedno v opisanem zaporedju, nas lahko do neke mere vodijo pri osvetljevanju problemov, ki spremljajo proces zdravljenja.

1. ZAVZEMANJE RAZDALJE DO BLODENJ. V prvih mesecih, ki jih je Perceval preživel v norišnici, ga ni moglo nič odvrniti od izvrševanja zahtev, ki jih je dobil v blodnjah, razen, v kolikor so zahtevale njegovo lastno smrt. Vsi njegovi prejšnji napori v smeri duhovne rasti so ga namreč vodili v to, da je brezpogojno ubogal "Božji glas". Zdaj si je odkrito priznal svojo zaslužjenost. Samo en mesec po tem "zlomu" so se začela kazati prva vznemirljiva znamenja okrevanja: "Nekega večera sem začutil zaupanje vase, medtem ko sem bil prej zaradi glasov povsem prestrašen. Videl sem, kako je blisk z gromom udaril poleg mene... nič se mi ni zgodilo. Samozaupanje se je spet vrnilo in v tej noči se je ton glasov spremenil".

Nekaj podobnega se je potem zgodilo še nekajkrat. Le ponavljajoča se doživetja neuresničenih obljub, ki so jih dajali glasovi v blodnjah, so ga prepričala, da je povsem opustil poskuse, da bi jih ubogal. Na novo pridobljeno zaupanje je imelo učinek, ki se je kazal v spremembi blodenj. Dvom pa se je vrnil. Oznanjal je začetek konca njegove trdne navezanosti na blodnje. Od tedaj naprej je trajalo okrevanje 6 mesecev. Kmalu po epizodi s strelo, so Percevala znova privezali na posteljo in znova je postal igrača divjih blodenj.

Šok dvoma v blodnji je omogočil dvomu, da se je naselil na trdna tla. Spomini na dvom so ostajali. Toda vsak trenutek lucidnosti je sprožil nasprotno reakcijo

in to s hitrim izmenjavanjem med lucidnostjo in blodnjo. Postopno so tudi blodnje same prišle pod vpliv tega. Z vsakim prebliskom lucidnosti se je pojavila nova verzija blodnje - kompromisna blodnja - ki je izražala vse večjo uvidevnost, čeprav ga je še vedno spodbujala k zvestobi čudežnim močem.

"Moji duhovi so me tako dolgo goljufali, da jim nisem več verjel, tudi, če so govorili resnico. Končno sem spoznal, da sem na zemlji, v naravnih, čeprav zelo bolečih okoliščinah, v norišnici....in vedel sem, da me obravnavajo kot otroka".

Zaradi nenehnih nasprotij v zahtevah glasov, je počasi dognal, da so glasovi prav tako zmedeni, kot je on sam. Tako so glasovi postajali vse bolj šibki in so na koncu izginili. Perceval poudarja, da so izginjali eden po eden naenkrat.

2. DISCIPLINA IN NAPOR. Na svoje veliko razočaranje se je za kratek čas po uspešni "neubogljivosti" do duhov nezavedno spet povrnil v nepremišljeno ubogljivost. Samo nadaljnja disciplina in napor sta se lahko zoperstavili tej vrsti upadanja njegove zavestne volje. Občasno so se pojavljali glasovi (sprva so bili povsem nesmiselni), ki so ga silili, naj se "zbere", to je, da se bolj zave svoje situacije, in da prepreči izlete v napačno stanje zavesti. ...tako, "da glavo uskladi s srcem in srce uskladi z glavo". Ves čas zdravljenja je sam pri sebi ponavljal to geslo, kot sredstvo samoopominjanja, da mora obdržati telo in duh skupaj. Pravi takole: "Brez tega je moja glava neprestano bežala od srca in srce se je obrnilo od glave". Glasovi so mu povedali, da je "tuhtal ves dan". Gibajoča se bela svetloba se je pojavljala kot vodič. Opomnjala ga je, kadarkoli se je zgubil v mislih.

Potreben je bil izraziti napor, da se je "zbral" in preusmeril svojo pozornost nazaj na podrobnosti fizičnega sveta. Kadar mu je to uspelo, sta se telo in um uskladila, to pa mu je dalo še več moči, da se upre skušnjavi blodnje. Pripoveduje, kako je poskušal pisati pisma:

"Vsak zlog teh pisem sem videl skozi iluzijo še preden sem ga napisal, pojavljali pa so se še mnogi stavki poleg tistih, ki sem jih izbral. Pogosto so ti stavki pojasnjevali ali pa nasprotovali prejšnjim, kar me je smešilo. To smešenje je vzpodbujalo mojo jezo in norost. Imel sem veliko težav, da sem se zbral in uredil misli tako, da so bile logične, a ne preveč nasilne in tudi ne preveč strastne. To je bilo izjemno boleče".

Vsak nenaden izbruh iluzije ali slepeče samoprevare ga je "spravljalo ob pamet". Tedaj so se podivjane misli pomirile in mu dovolile stvari videti jasneje. Potrebno je bilo dosti napora, da je ta trenutek uporabil sebi v prid, in da se ni pustil odvrniti od njega:

"Videl sem odsev svojega lica v ogledalu. Bil sem šokiran, a sem mirno obstal. Moje lice v ogledalu je izgledalo okroglo in brezizrazno. Zakričal sem sam sebi: "Ichabod! Moja slava je odšla od mene". Potem sem si rekel kakšen hinavec sem! Do zdaj sem bil v dobrem duševnem stanju, toda naslednja misel je bila: "Kako naj izničim svojo hinavščino?" Tako sem zopet postal norec.

Če želi prekiniti blodnjo, je ugotovil, mora najti neke enostavne zaznavne ali celo nepovezane podatke, zato jih je začel iskati. Nekoč je pisal svojemu bratu, naj mu pove točen datum smrti njegovega psa (ta se je pogosto pojavljal v eni izmed njegovih blodenj). Protislovje z blodnjo ga je spet "presenetilo". Drugič, ko je zahteval kopijo krstnega lista, je v trenutku spremenil svoje prepričanje, da ni sin svoje mame, kot mu je zatrjeval glas. "Da bi potrdil svoja sumničenja, da sem pod vplivom blodenj, sem potreboval ta dokazila, ki so v celoti popravljala napake blodenj." Opazil je, da je imel določene zaznave, vplivom katerih se je bil prej skoraj refleksno izogibal. "Nekoč sem opazil svoj obraz na okenski šipi. Glava se mi je nehote obrnila stran, jaz pa sem spet pogledal v okno, da bi ugotovil, kaj me je udarilo. Obraz je bil videti popačen in duševno zaostal". Pomagal mu je, da se je zbral. Po tem dogodku je Perceval vedno nosil s seboj žepno ogledalce, da je lahko kadarkoli na hitro preveril, če je videti kot norec ali ne.

Z iskanjem "napak" v svojih blodnjah se je povečevala tudi njegova zmožnost kljubovanja glasovom. Začel se je zadrževati, preden je kaj naredil. "Začel sem se obotavljati pred dejanjem in se v sebi norčeval na račun absurdnosti svojih blodenj". Tako mu je neposlušnost prešla v navado.

"Če mi je glas nekaj prepovedal, je bil to ponavadi zadosten razlog, da ravno to naredim. Bilo mi je žal, da nisem tega počel že prej, toda prej me je zadrževal vraževerni strah. Izgledalo je, da me to spravlja k pameti, me pomirja in me dela razumnega."

Navkljub temu, da je bilo njegovo prepričanje v blodnje načeto, so se začele pojavljati nove blodnje, ki so nasledile prejšnje, ki so se razpršile. Potreben je bil nov napor.

3. ODKRITJE. Njegova osamljenost je bila brezmejna. Živeč v razdvojenem svetu, kjer so se blodnje prepletale s stvarnostjo, je zavzel njegov občutek ločenosti od ljudi alarmantne razsežnosti. "Oni so zame mrtvi in jaz sem mrtev za njih. Čeprav sem bil ujet v sanje, sem bil odrezan od njih z urokom, z uganko, katere rešitev je bila vsak trenutek tik pred zdajci." Postajal je vse bolj radoveden. Prisotnost drugih ljudi ga je vlekla iz zatopljenosti vase,

čeprav je s tem tvegala, da ga bodo glasovi kaznovali. Tak učinek je imela lepa strežnica Louisa :

"Pogled na lepo žensko me je očaral. Moje mišljenjese je naglo izboljševalo in opazoval sem značaje ljudi okoli sebe."

Glasovi duhov so sami "usmerjali mojo pozornost z veliko hitrostjo" na "raznolikost situacij in detajlov". Tako je lahko mnogo bolj razlikoval med realnostjo in tistim, kar se je dogajalo znotraj debele zavese iluzije : "Ko sem tako postopoma prišel k pameti, so me večkrat popadli napadi smeha ob odkritju absurdnosti svojih blodenj."

Delal je "eksperimente" in se igral s svojimi blodnimi zaznavami. Kar je odkril, mu je vzbudilo še večjo radovednost, zato je še naprej raziskoval naravo svojih nenavadnih zaznavnih procesov. Odkril je, da ima pretirano težnjo po "sanjarjenju" tudi kadar je buden. Potegne se nazaj, da ne zaznava zunanjih zaznav, namesto tega pa se ukvarja s predstavami iz svojega spomina.

Te "raziskave" je izvajal v kratkih obdobjih, ko se je prisilil stati na robu mentalnega prepada med sanjami in realnostjo, kar je zelo negotov položaj. Taka epizoda se je včasih začela slučajno : Nenadno ga je zadel glas ali vizija, on pa jih je hitro dešifriral v njihove sestavne dele, kot lahko včasih storimo, ko se zbudimo iz sanj. Ob tem početju je Perceval najprej videl preprosto iluzijo, kot pasliko, odmev, zmotno zaznavo. Na tej osnovi se je zgradila halucinacija, hitro, z obdelavo navadne iluzije, ki je bila le trik očesa ali ušesa. "Videl in odkril sem trik, ki se mi dogaja. Dokler nisem postal močnejši in bolj zdrav, me je ta trik spravljal v dvom, če so predmeti okoli mene resnični."

Takoj za tem je opazil še drug trik, ki je spreminjal pomen zaznav. To drugo prekrivanje je nastalo zaradi tega, kar je Perceval imenoval "moč podobnosti". Ta funkcija je preoblikovala iluzijo tako, da je postala podobna spominu. Nato se je pojavil še tretji trik, ki je ustvaril občutek prepričljivosti tako, da je iluzijo personificiral ali pa ji je podelil privilegij neodvisnega obstoja. Ko je na novo ustvarjena eksistenca zaživela, je začela delati za njega, proti njemu ali pa v indiferentni smeri. Ko se je spustil v dialog z blodnjo, jo je s tem utrdil onstran vsakega dvoma.

Ko se je Percevalova disciplina samoopazovanja izostrila, je videl, da se vse te faze dogajajo zelo hitro in zunaj njegove zavesti. Zaprepaden je bil nad hitrostjo, s katero je bilo moč blodnjo sestaviti, kot tudi nad dejstvom, da je lahko sledil tej hitrosti. Ugotovil je skratka, da podivjanost misli in neurejenost zaznav skupaj ustvarjata blodnje, toda le tedaj, ko človek stopi z njo v dialog, postane zares nor !

Percevalovo samoopazovanje v zvezi z naravo psihotičnih zaznav predstavlja eno najpomembnejših odkritij nasploh in je osrednjega pomena za razumevanje procesa ozdravitve. Primeri, ki sledijo, prikazujejo, kako se je večal njegov vpogled v svojo lastno podivjano duševnost. Ta vpogled je bil nujno potreben, če je hotel prekiniti svojo očaranost od blodenj. Poglejmo si njegove uvide po vrsti, kot so se pojavljali.

- A. Nekega dne sem odkril, medtem ko sem mislil, da poslušam glas, da je potem, ko sem usmeril svojo pozornost na zunanje objekte, glas izginil, čeprav je zvok še ostal. Zvok je izviral iz sosednje sobe ali od pihanja vetra skozi okno. Še več kot to ! Če sem se znova spravil v isto odsotno stanje duha, se je glas vrnil. Kasneje sem opazil, da se slog naslavljanja spreminja z ozirom na moje takratno razpoloženje. Kasneje, ko sem nadaljeval s temi opazovanji, sem opazil, da čeprav so ti glasovi prihajali k meni ne da bi mislil nanje, je bilo včasih do neke mere v moji moči izbrati, kaj bom slišal.
- B. Nevihta, mukanje goveda, zvonjenje zvonca in drugi zvoki so mi naznanjali grožnjo ali obtoževanje. Do tega trenutka sem vse to doživljal kot čarobno in sem se bal raziskovati. Kasneje sem postal bolj pogumen.
- C. Ko sem nadaljeval z raziskavami, sem opazil, da dihanje mojih nosnic, posebno, kadar sem bil vznemirjen, spremljajo besede in stavki. Tedaj sem zaprl ušesa s prsti in ugotovil, da če ne slišim besed - slišim vsaj neprijetno petje ali brenčanje v ušesih - in da ti glasovi, ki so pogosto služili prenašanju besed in stavkov, in ki so se v drugih trenutkih zdeli moji domišljiji kot resnični kriki ali zmedeno debatiranje, ali javljanje duhov, še vedno ostajajo slišni. Iz tega sem zaključil, da v resnici nastajajo v glavi ali možganih, čeprav se je zdelo, da prihajajo iz zraka, nekje visoko, ali morda iz stropa sobe. Spoznal sem, da so vsi glasovi, ki sem jih slišal v sebi, produkt Božje moči, da podeljuje govor zvokom te narave, s pomočjo delovanja impulzov, mišic ali tekočin itd. v telesu - in da so vsi glasovi, za katere se mi je zdelo, da prihajajo od zunaj, v resnici nastajali iz različnih slučajnih zvokov okoli mene ali pa iz notranjih zvokov.
- D. Ko sem odkril naravo iluzije, ki jo povzroča projekcija paslike, sem iz tega sklepal naslednje. Kadarkoli sem videl osebe ali duhove okoli sebe, kadarkoli sem imel vizije, kadarkoli sem sanjal - nikoli niso bili ti objekti zares zunaj mojega telesa. Duhovi, vizije in sanje so produkt moči..... reprodukcije figur, ki sem jih videl na mrežnici očesa - ali s preurejanjem sestavnih delov vidnih organov, tako da ustvarijo sliko teh figur, ali s kombiniranjem notranjih delcev ali osenčitev ter zunanjimi linijami in osenčitvami na način, ki proizvede to podobnost, nato pa pripravim dušo

do tega, da si zamisli, ob treniranju vidnih organov, da zaznana realnost znotraj telesa obstaja zunaj, odsevajoč jo navzven, kot iz magične lanterne.

- E. Čeprav sem občasno še slišal glasove in imel vizije, jim nisem pripisoval večjega pomena kot svojim lastnim mislim, ali sanjam, ali idejam drugih. Še več kot to, deloval sem ravno nasprotno temu, kar so glasovi zahtevali.

Moč pogledati v obraz svojim blodnjam izvira iz vpogledov v preproste prevare psihotičnega zaznavanja. Nekoč se je pred Percevala pojavila fantastična vizija gole ženske, ki naj bi bila njegova starejša sestra. Lik je prišel iz grmov v vrtu in ga je vabil. "Izberi njo", so govorili glasovi. Tedaj se je spomnil, kako prevarantske so vizije in jo je zavrnil, rekoč: "Naj pride k meni, če hoče, ali pa naj gre proč, jaz se v to zadevo ne bom vpletal". Ob tem odgovoru je vizija izginila. Tovrstni odziv na vizijo je postalo Perceavlovo drugo najpomembnejše geslo, ki mu je pomagalo pri ozdravitvi. Reči NE notranjemu očaranju.

Kadar se prebudimo iz sanj, sanjarjenja, ali iz zamišljenosti, se v trenutku nenadne ekspanzije zavesti ozavestimo svojega okolja. Perceval je v sebi kultiviral prav to vrsto zavedanja okolja. Preučeval je delovanje njegovega mehanizma v sebi: "Potem, ko sem se zbral, sem se začel bolj zavedati svojega resničnega položaja. Moje misli so bile poklicane ven iz mene k zunanjim objektom." Poudaril je občutek "biti poklican ven iz sebe", ki ga povzroči blodnja kot vrsta strastne energije, usmerjene na svet - biti izstreljen kot puščica na senzorne objekte - in poskušal je trenirati, da bi to čimhitreje prepoznal. Obstajala pa je temeljna ovira. Ugotovil je, da se je ta nenadna odprtost do senzornega okolja neprestano prekinja, in da je prekrita z mehanizmom, ki ga je občutil kot "film", ali meglo, ki se je zlovešče spuščala čez njegov um in zameglila njegovo zavedanje. Nehote je začel projicirati svoje predstave na ta film, predstave so pri tem oživele in ga odrezale od zunanjega senzornega zavedanja. Končno je rešil uganko tako, da se je naučil dovolj hitro prepoznati subtilne občutke filma, kot so se mu prvotno javili, nato pa prerezati skozi njih. Tako je občutek filma sam po sebi postal njegov trenutek zbranosti, opomin, da se mora zbuditi.

4. **POGUM.** Vsakič, ko se je Perceval zbudil v teh "barbarskih okoliščinah" življenja v azilu, je postal bolešno potrjen z občutki krivde, bridkosti in globokim občutkom "gnusa do sebe in degradacije". Dodaja, da kadar se je to zgodilo njemu ali sotrpino, je bila reakcija "postati podivjan ali apatičen". Opisuje postopen propad dobrega starega moža, ki se je znašel v zelo podobni situaciji kot on sam. Opazoval je, kako je postajalo njegovo vedenje vse bolj nemarno, dokler ni postal popolnoma ravnodušen in brez

vsakega dostojanstva. Izgubil je vso človeškost. Nato je Perceval z zaprepadenjem ugledal svoje lastno vedenje v tej luči. Tudi on je propadal, postajal je žival! V tem trenutku se je popolnoma zavedal, da je prav v toliki meri žrtev svojega sovraštva do okolja kot žrtev svojih blodenj. Ta šok spoznanja je imenoval "milost"; za starega moža je bila to tragedija, za Percevala pa vpogled, ki mu je bil milostno dan.

V njem se je prebudilo sočutje, polno groze, tako za samega sebe kot za sotrpine okoli njega. Sramotno in nezaslišano početje osebja v azilu ga je napolnilo z energijo sočutja. Tedaj se je prvič odločil, da bo sledil načrtu akcije. Usmeril se je k "zdravju" v vseh vidikih svojega življenja. Posvetil se je le še temu, da ozdravi, da postane dovolj močan, da bo lahko govoril v imenu vseh tistih, ki ne bodo nikoli zapustili azila - da bo povedal resnico o grozotah tamkajšnjega bivanja. Prisegel je sam sebi:

"Odločil sem se - v to sem bil prisiljen - da se postavim z vsemi svojimi močmi in sposobnostmi po robu sistemu, da ne odneham v nobeni dolžnosti do samega sebe in do domovine. Pripravljen sem tvegati svoje življenje, zdravje in celo razum, da se v popolnosti seznanim z delovanjem sistema, da razkrijem in razvozlam pokvarjenost in slaboumnost, ki ga vzdržuje in da snamem krinko resnični zlobi, ki ga pelje naprej".

Ta edinstven dogodek prebujanja sočutja je bil kvantni skok v Percevalovem okrevanju od psihoze. Tako se zgodi z mnogimi drugimi ljudmi. Zanimanje, ki izvira iz sočutja in celo predanost koristiti drugim, je temeljnega pomena v zadnjih stadijih ozdravljenja. V vsem, kar je počel, je bilo videti ta premik v smeri zdravja. Odločil se je "slediti načrtu, ki mi je omogočil, da se zberem, postanem močnejši in se duhovno dvignem. Če se ne bi bil odločil slediti temu načrtu, bi bila nevarnost, da se zopet vrnem v bolezen, morda v norost....Ojačal sem svoj um tudi za vse pogumne in plemenite napore."

Eksperimentiral je z novimi načini, kako doseči harmonijo telesa in duha, kako preseči fizično in mentalno otopelost azilskega življenja. "Kadar so bile moje misli in roke najbolj zaposlene, sem prišel, vsaj tako se mi dozdeva, najbližje zdravemu stanju duha in se toliko bolj zavedal svoje situacije. Pripominja tudi "da morajo vse, ali pa vsaj večina sposobnosti uma in telesa sodelovati istočasno, predvsem pa mora biti zaposleno telo." Eksperimentiral je tudi z dihanjem in odkril značilno medsebojno povezanost med umom in dihanjem. S pomočjo "reguliranja dihanja" mu je uspelo pomiriti um in pridobiti nadzor nad njim."

Postal je pozoren na to, kako je svojo hrano in ugotovil, da je bila hitrost jedenja v tem stanju povezana s kvaliteto hrane in njenimi učinki nanj. Preizkušal je svoje telesne sposobnosti tako, da je poskušal hitro hoditi in je z žalostjo opazil, v koliki meri je že telesno propadel. Skrbel je za svoje splošno zdravje in pisal materi, naj mu pošlje pribor za nego zob (kar je tudi storila). Boril se je z bolnišničnimi avtoritetami do konca in je na koncu uspel, da so mu poslali nekaj religioznih knjig.

Kadarkoli mu je uspelo biti sam v svoji sobi, je na skrivaj pisal o svojih prizadevanjih in skrival svoj dnevnik pred osebjem. Vedel je, da jih še posebno zanimajo njegova opažanja v zvezi z zlorabami in možnost, da jih bo nekoč tožil zaradi neustreznega zdravljenja. Ker so včasih našli njegove zapiske, je najbolj kočljive odlomke pogosto pisal v portugalščini.

Le po mnogih pismih in po tem, kar je legalna oblast imenovala "nepopustljivo nadlegovanje", je Perceval dobil dovoljenje za izpustitev iz azila dr. Foka. Njegova ostarela mati in njegovi bratje so popustili in dva starejša brata sta ga prišla iskat. Vso pot, ko so se peljali v kočiji proč od azila, je mislil, da ga peljeta domov. Šele ko so prišli do vrat dr. C. Newingtonove norišnice v Ticehuru, Sussex, je Perceval spoznal, kaj se dogaja. Nova norišnica je bila nekoliko bolj humana, omogočno mu je bilo, da se sprehaja po zagrajenem vrtu. Ravnanje ni bilo niti približno tako grobo, a se mu je upiralo, kolikor se je najbolj mogel in nadaljeval s pisanjem pisem. Sedaj je vedno bolj pogosto pisal Mestnemu bolnišničnemu komiteju, določenim sodnikom in članom parlamenta. V vseh pismih je zahteval takojšen pregled njegovega duševnega zdravja.

V pismih družini je vztrajal, naj ga izpustijo iz norišnice in mu omogočijo življenje v privatnem domu s kako družino ali služabniki.

"Potreboval sem mir, tišino, potreboval sem varnost, občasno sem potreboval celo samoto - nisem jih mogel dobiti. Istočasno sem potreboval vedre scene in živahne poglede, da bi se otrese žalostnih in bolečih vtisov iz norišnice. Hotel sem povečati moč svojega telesa in uma, prvega s pomočjo poštene, plemenite in pravilne konverzacije, drugega s pomočjo možganih in svobodnih vežb. Predvsem pa sem, po bivanju v brutalni družini, na kakršno so me zreducirali, hrepenel po delikatni in prefinjeni ženski družbi."

Istočasno, ko je postajal tudi navzven vse bolj uporen v odnosu do bolnišničnih avtoritet, je postajal odločnejši v mentalnem zavračanju vizijonarskih ukazov, ki jim je preprosto rekel "Ne". Halucinacije so postale manj zahtevne, mehkejš

in ga včasih celo spodbujale v smeri zdravja. Boleča je bila ugotovitev, da se mora boriti celo proti tistim glasovom, ki jih je imel za prijateljske. S silo je moral prevzeti oblast nad lastnimi miselnimi procesi. To, pravi, je bilo najtežje od vsega. Pomenilo je prevzeti moč usmerjanja svojega mišljenja - isto moč, ki jo je, ko je izgubljal razum, napadal in zapustil. Njegova prejšnja praksa duhovnega podrejanja, borbe z dvomi in slepe pokorščine duhovom, je morala postati ravno obratna. To je dosegel tako, da se je v čustvenem smislu odpovedal navezanosti na glasove - ni se več bal glasov, ko so mu grozili, niti si ni dovolil uživati v spodbudnih glasovih. Kmalu je bilo konec njegove fasciniranosti z glasovi in duhovi.

Kmalu potem, ko so Percevala premestili v drug azil, je pisal svoji materi in njenemu odvetniku in ju tako obvestil, da sta legalno odgovorna za vse zlorabe, ki jih je preživel, kot tudi za to, da ga zadržujeta v bolnišnici proti njegovi volji. Želel je, da ga nemudoma izpustijo na družinsko posestvo. Slišal je, da dva londonska zdravnika zagovarjata to metodo in zahteval, da bi bil pod njuno supervizijo. Prišli so zdravniki in imeli z njim intervjuje. Vedno znova so ga prepričevali, naj ostane v Ticehurstovski norišnici in naj ne povzroča še več žalosti svoji družini, ki je že tako dovolj trpela zaradi njegove bolezni!

V vedenju obiskujočih zdravnikov in pravnikov je bilo nekaj novega - bali so se, da bi prišel na prostost. Videl je njihov profesionalni pohlep, ko so ga hoteli obdržati kot pacienta. Videl je tudi njihov strah ob možnosti, da bi jih izpostavil preiskavi. Domneval je, da so tudi oni pod vplivom njegove družine, ki je želela, da ostane v bolnišnici. Prišel je do zaključka, da je največji vpliv na zavračanje njegovih pozivov imelo dejstvo, da so vsi ti ljudje tako konvencionalni, polni predsodkov, "skrajno preprosti" in preplašeni.

Končno, (v starosti 31 let), po treh letih norišnic, je Perceval ustrahoval svojo družino in zdravniki so izsilili njegovo izpustitev. Telesno bolan, duševno izčrpan, preobčutljiv in nagnjen k hitrim razburjenjem, se je preselil v London, kjer je okrevljal ob negi najete družine. Naslednje leto se je poročil, postal oče in napisal prvo knjigo, ki je opisovala njegova doživetja. Knjiga naj bi vsebovala vse zapiske in pisma, ki jih je pisal iz azilov, vključno z obtožbami proti zdravnikom in svoji družini. Prijatelji so mu to odsvetovali, on pa se je spomnil prisege, ki si jo je dal. Govoriti v imenu drugih sotrpinov, uporabiti vso svojo energijo za razkritje in *zlom* sistema norišnične oskrbe.

"Razmišljal sem, koliko jih je še v istih zlovešnih okoliščinah kot jaz sam....rekel sem si, kdo bo govoril v njihovem imenu, če ne jaz - kdo bo njih zagovarjal, če jaz ostanem tiho? Kako naj izdam njih in samega

sebe, s tem da tiho pristajam na pokvarjenost, krutost in tiranijo zdravnikov ?”

Za eno leto je odšel v Pariz in večinoma po spominu pisal o svoji bolezni in pridržanosti. Pisanje ga je plašilo. Bal se je, da bi se z živim spominjanjem znova spravil na rob norosti. Upravičeno se je tudi bal, da bo s svojimi bolečinami in obtožbami naredil premočan vtis na bralce. Medtem, ko je pisal, je na trenutke čutil, da se mu norost vrača - vzgib živega spomina kot npr. požrešno jedenje vklenjenih norcev - toda potem je spet očistil svoj um "naredil odmor in globoko zajel sapo, ihtel in vzdihoval, medtem ko je oblak starih spominov šel mimo mene".

V bolnišnici Salpetriere je srečal velikega francoskega psihiatra Esquirola, ki se je zavzemal za reforme azilov in odpravo zlorab. Vendar je bil tudi on vznemirjen ob Percevalovi zahtevi, da se odpravijo vse državne norišnice (Perceval je pričakoval izboljšanje izključno od privatnega sektorja). Ne da bi se tega dobro zavedal, je Perceval vstopil v veliko debato, ki se je tedaj pojavila v francoski psihiatriji in ki se pojavlja še do današnjih dni. Ali je psihoza motnja intelekta in volje, kot je trdil Esquirol, ali pa je dedna in degenerativna bolezen možganov, kot so trdili njegovi nasprotniki.

Ob vrnitvi v London je Perceval čutil, da lahko marsikaj pove o tem. Študij norosti je bil zanj "nekaj velikega in strašnega", nekaj preveč pomembnega, da bi ga lahko pustil v rokah zdravnikov.

5. NEZASLIŠANOST. Mnogi ljudje, ki se vrnejo iz azilov, živijo s komaj kontroliranim občutkom nezaslišanega besa (outrage). Perceval se je počutil kot osamljeni preživeli in kot priča zverinstev, ki se še vedno dogajajo, ne da bi javnost za to vedela, in ki se bodo dogajala še naprej. Zdelo se mu je, da je malo ljudi, ki bi bili pripravljeni, tako kot on, iskreno govoriti v prid norim. "In vendar, kdo je sploh na moji strani ? Kje bom našel energijo, da odpravim te zlorabe ?" se je spraševal. Njegov položaj ni bil dosti drugačen od položaja ljudi, ki so se vrnili iz koncentracijskih taborišč in povedali, kaj se tam dogaja, sprejeli pa so jih s kritiko, da pretiravajo in zganjajo histerijo. Perceval je bil vedno tarča kritike, češ da je "nezmeren, nagnjen k pretiravanju in poudarjanju svojih doživetij". Na take kritike je odgovoril:

"Menim, da najbolj kruta preizkušnja čaka norca ob okrevanju. V formalni družbi jim ni dovoljeno izraziti svojih občutij v tonu in načinu, ki ustreza njihovi situaciji....družba pričakuje od tistih, ki so bili nori in so preobčutljivi na svojo nesrečo, isti ton, geste, ritem in mehkobo, ki jih najdemo pri osebah, ki niso preživele nikakršnih izrednih tragedij."

Največ zgražanja pa je požela Percevalova odločitev, da toži lastno mater in dr. Foxa. Je to morda res pretirano? Mnogi ljudje, ki ozdravijo od psihoze, se ujamejo v občutek upravičenega besa. Zdi se jim, da jim ta občutek daje energijo za vzdrževanje duševnega zdravja. Perceval je vsekakor čutil tako. Bil je zelo nestrpen do ljudi, ki niso mogli razumeti, ki niso hoteli razumeti, kakšna zloraba moči se dogaja v azilih in svetu okoli njih.

Zavedal se je, da se lahko zgodi karkoli. Kadarkoli ga lahko znova proglasijo za norega, njegova družina in zdravniki, ki ji strežejo in znova se lahko znajde v mlinu norišnice. Bil je že osumljen, da je razpečeval literaturo, katere namen naj bi bil zanetiti upor v nižjih razredih. Zdaj je delal s skupino bivših azilantov v ozračju potencialnega nasilja. Vplivni sorodniki so ga obtoževali zaradi tožbe proti materi. Po mnenju Percevala je bila njegova mati, tako kot splošna publika, zaslepljena z brezsčrnimi nasveti zdravnikov. Skozi ves proces se je izgovarjala na nevednost. Niti pojma ni imela, kako slabo ravnaajo z njim, se je branila. Menila je, da zdravniki vedo kaj delajo. Rekli so ji, da lahko postane nasilen, če bi prekinili tretman.

S tem zaključujeva predstavitev Percevalovega ozdravljenja. Delo, ki ga je opravil na področju zagovorništva, bi zahtevalo preveč prostora, zato sva ga raje prihranila za kdaj drugič.

Kot neprostovoljna uporabnica naše prihiatrije bi rada še sama dodala nekaj besed. Izkušnja, ki jo opisuje Perceval, se dobesedno ujema z mojo lastno. Res da nisem preživela v neprostovoljnem zaporu 3 leta, temveč le nekaj več kot eno leto, če seštejem vse skupaj, pa tudi glasov nisem slišala. Kljub temu se strinjam, da je proces tak, kot ga opisuje avtor. Meni je pri podivjanih mislih najbolj pomagala logika, ki je Perceval nikjer ne omenja. Ta me ni nikoli zapustila, izgubila pa sem nadzor nad telesom. Potrebno je bilo usklajevanje, kot on opisuje. Tudi sama sem odkrila, da se je potrebno upreti čaru spremenjenega stanja zavesti, tako bogatejšega in čarobnejšega kot je vsakdanja zavest, ki jo poznamo. Ta odpoved bi bila mnogo lažja, če bi imela ob sebi razumevajoče človeško bitje, topel človeški kontakt, tako pa sem vse morala narediti sama. In če človek v najtežjih trenutkih vse naredi sam, se spremeni. Težko bi mu zamerili določeno razdaljo do običajnih človeških bitij, ki so tako hitro zadovoljna s pojasnili zdravnikov, da vse počnejo v dobro uporabnikov. To je laž. To počno zaradi svojih materialnih koristi, zavedno ali nezavedno. Človek je odgovoren tudi za svoje nezavedno. Sama sem svoje nezavedne reakcije drago plačala.

Zdaj, ko to pišem, ni minilo niti 10 dni, ko sem bila na željo staršev hospitalizirana. Samo prisebnosti in požrtvovalnosti prijateljice in pravnika

zagovorništva se imam zahvaliti, da nisem še vedno tam, zastrupljena z nepotrebniimi drogami. In zakaj so me hospitalizirali ? Hodila sem spat nekoliko kasneje, več sem poslušala glasbo in več pisala (Tako piše tudi na mojem popisu bolezni). Za vsak slučaj. Da ne bi slučajno....

Tako ne želim živeti. Sem sužnja svojih staršev. Pazijo na vsak moj dih. Zato sem ustanovila Zagovorništvo. Sem prva, ki jo je ta instanca rešila nepotrebne in protizakonite hospitalizacije. Še zdaleč pa nisem edina. Ljudi, ki so v podobnem položaju kot jaz, poznam vsaj ducat. Želela bi spoznati še vse ostale. Kajti, kot pravi Perceval, solidarnost je tista gonilna sila, ki človeku pomaga ohranjati duševno zdravje.

Res se mi občasno še dogaja, da močno niham v svojem čustvenem doživljanju. Moje reakcije so intenzivne, skrajne, kar pripisujem skrajnosti izkušenj, ki sem jih preživela. Še dolgo bo trajalo, da bo čas to nekoliko omilil. Dokler sem v stalni nevarnosti ponovne hospitalizacije, seveda o tovrstni stabilizaciji ne more biti govora. Vsak dan, ki ga preživim na svobodi, mi je podarjen. Nora že dolgo nisem več, a okolica ima pač svoje strahove. Da ne bi slučajno... V zakonodaji piše, da je prisilna hospitalizacija dovoljena le v primeru, če je oseba duševno bolna, nevarna sebi ali drugim, in če obstaja nevarnost večje škode. Naj tudi jaz tožim lastno mater, tako kot Perceval?

Moja največja želja je povedati svetu, kaj se godi tam, znotraj zidov norišnic, pa tudi po domovih bivših uporabnikov. Storila bom vse, kar je v moji moči, da se ta nezaslišan sistem spremeni. Za to sem pripravljena plačati vsako ceno. Tudi jaz sem se namreč nekoč zaobljubila... Kdo bo to povedal, če ne jaz? Vem, kako zares pomagati tem ljudem. Vsi, ki smo bili tam, vemo, kako se da pomagati. Potrebno je le začeti.

Viri :

Podvoll, E.M., (1990). The seduction of madness : The revolutionary / compassionate approach to recovery at home. London, Century.

Prevod Percevalove zgodbe : Teodor Šučur

Teodor Šučur

KAJ JE DRUGAČNOST?

Na problematiko "drugačnost, da ali ne" naletim v trenutku prvega kontakta normalne osebe z "drugačno". Gre za slučajno srečanje: npr. na ulici, na avtobusu, kjer normalna oseba vidi "norca" prvič, brez kakršnekoli psihološke ali psihiatrične izobrazbe, polna predsodkov. Takrat je "drugačna" oseba prvič stigmatizirana kot norec, "psiho", "šizo", "strganec" ali pa kot "bolna oseba", ki je smatrana kot nora, nenavadna, čudna, skratka DRUGAČNA.

Plitvi ljudje se taki osebi kvečjemu smejiijo, posmehujejo, se jim smili, se ji čudijo, ali onemijo v nerazumevanju vedenja "nore" osebe. Ključna poanta te pozicije "vaškega čudaka" je v tem, da je taka oseba razumljena kot DRUGAČNA in ne kot bolna v medicinskem smislu. Tudi denotacija "bolan" ima močne konotacije "čuden", "strgan", ali celo "dekadenten", za bolj primitivne ljudi pa tudi konotacijo "obseden s hudičem" ali čim podobnim.

Drugi problem je problem vsakdanjega kontakta z drugačno osebo. Najlepši primer je seveda družina. Družinski člani si sicer s svojimi bogatimi izkušnjami lahko bolje predstavljajo "bolnost" ali "bolezen" "bolnega". Toda zaradi večnega preostanka nevednosti, ki se potrjuje dan na dan, je ta oseba še vedno DRUGAČNA. Oni lahko razumejo celo tako bolezen kot je rak ali aids ali levkemija...Toda "tiste bolezni" pa vendarle ne morejo razumeti.

In tretjič: komu je od boga dan privilegij razumevanja "bolezni"? Nikomur drugemu kot psihiatru; in on... ali jo res razume? Sklepamo lahko: če medicinec razume bolezen, jo zna ozdraviti. Psihiater ne zna ozdraviti "bolezni", torej - je ne razume. Oseba ostaja DRUGAČNA. In kaj za božjo voljo je ta drugačnost?

Psihoanaliza ima ta privilegij, da lahko natančno določi vzrok "bolezni" npr. nevroze ali celo psihoze. Za razliko od medicine lahko takorekoč določi dan in uro, ko se je zgodil ta in ta dogodek, katerega posledice so bile te in te. Psihoanalitik s srcem verjame, da je našel pravi vzrok, kajti razkritje le-tega je omogočilo razrešitev ali vsaj začetek razrešitve npr. nevroze. Tukaj se je s Freudom drugačnost na nek način že opredelila. S Freudom je denotacija "drugačnost" imela zelo očitne konotacije "bolezni". Kljub očitnim psihogenim vzrokom je tem osebam dana vnaprej neka prevelika

"občutljivost", ki je hereditarna in s tem biološko pogojena. Freud je konec koncev upal, da bo psihoanalizo zamenjala kemija ali fizika. Problem pa je v tem, da kljub enakim travmatičnim dogodkom ene osebe preživijo, druge pa postanejo blazne. ČE JAZ NISEM SPOSOBEN DRUGAČNOSTI, POTEM MORA OBSTAJATI NEK VZROK ZA DRUGAČNOST DRUGEGA. In ta MÓRA je magnet, ki pripelje znanost na mesto razsojevalca. Psihatrija MÓRA rešiti eminentno psihološki ali celo filozofski problem. Kajti, če ne bi bilo tistega MÓRA, ki zahteva tipno in vidno določen mediator - vzrok med zdravjem uma in norostjo bi se celoten problem skrčil na ODNOS med norostjo in normalnostjo.

Pozitivistična znanost vidi vzrok, ki je posrednik med norostjo in normalnostjo, ne vidi pa relacij vzajemnega odnosa, ki je vsaj teoretično filozofske narave. In zakaj ne bi bil praktično psihološke narave? Ne rečem, da tega psihiatri niso delali ali hoteli, saj so vendar mnogi psihiatri utemeljitelji psiholoških ali celo filozofskih šol. Toda, ali ima to hotenje tudi povprečni psihiater? Kolikor vem - NE. In dopustite, da skušam dopolniti ta manko; ne z namenom, da rešim ta problem filozofsko-psihološko, ampak da poskusim to drugačnost na nek način udomačiti.

Kot je bilo rečeno, gre za ODNOS med norostjo in normalnostjo, bolj precizno rečeno, za odnos med "boleznijo" in "bolnim". Zakaj to? Odgovor nam da sama medicina. Če "bolnika" "zdravimo" z elektrošoki in tabletami, nam celo uspe, da ga spravimo v normalno duševno stanje (seveda ne vemo zakaj), toda "BOLEZEN" OSTAJA, kajti ponavadi pride do "recidiva". In poanta ni v tem, da bolezen ostaja, ampak v "ponavadi". Kajti, če zdravimo dva bolnika na isti način in eden ostane "bolan", drugi pa ozdravi, se lahko vprašamo zakaj. Medicina nam lahko ponudi mnogo vabljivih znanstvenih t.j. nevrolško-fizioloških razlag, toda v oči bije dejstvo, da je "norec" postal normalen šele naknadno, ko si je uredil svoje življenje, se poročil, dobil službo, otroke... Šele takrat je postal trajno zdrav in "recidivi" so se pojavljali le takrat, ko je v njegovem življenju prišlo do krize. Torej "bolezen" ni samo odgovor na vprašanje iz otroštva, ampak predvsem na vprašanje iz sedanjosti in v sedanjost se vpleta še prihodnost.

Torej dejstvo, da se je odnos "bolnik"- "bolezen" premaknil v odnos "bolnik"- življenje, nosi v sebi veliko.

1. Odnos "bolnik" (zdaj normalen) - življenje je logična posledica odnosa "bolnik"-bolezen.

2. Odnos "bolnik"-"bolezen" je v prvi vrsti psihološki: to je MOJ odnos do MOJE "bolezni", potem pa tudi meta-psihološki (npr. relacija halucinacija - čustva) in filozofski. Filozofski odnos je lahko ontološki (ali se duša v psihozi spremeni, ali kdo je izza "bolezni" -jaz ali Drugi), fenomenološki (kako jo doživljam), itd.

Ker nas zanima predvsem psihološki vidik ter njegove teoretične in praktične posledice, se moramo vprašati: ali ima MOJ odnos do MOJE "bolezni" kakšen vpliv na spreminjanje MOJE "bolezni"? Zakaj poudarjam besedo MOJ? Vsaka blodnja, obsedenost, "neprimerno" čustvo ali gesta, vse to je moje in gre iz mene, vzrok je v meni, celo halucinacije in glasovi, vse to je moje, iz moje duše, sestavni del mojega duševnega telesa. Zato sem nekoč (ne vem, kdaj) vplival na "bolezen" (ne vem, kako) in tisti primaren vzrok niti ni važen. Tudi če je primaren vzrok zares in samo fiziološki, to še ne reši dileme: kaj pa zdaj, kaj naj naredim z "bolezni"? To je dilema odnosa do moje "bolezni". In rešitev te dileme, to bom poleg drugega poskušal prikazati tu, je tudi rešitev sama ali ozdravljenje.

Kako bi zdaj opredelili drugačnost? Zelo preprosto. Drugačnost je drugačnost. To pomeni, da se obnašam in mislim drugače, nenormalno. Drugačnost pomeni vsako drugačnost, takega, kot me vidi družba, ljudje, prijatelji. Poanta je v tem, da ne smemo (predvsem tega ne sme "bolnik") gledati na drugačnost kot na družbeni ali politični problem (Laing), ampak na inherentno in eminentno POSAMEZNIKOV problem. Še dobro, da me drugi vidijo kot drugačnega, zdaj vsaj vem, da imam problem in **TAPROBLEM JE MOJ PROBLEM, ZATO GA MORAM REŠITI SAM** (če imam srečo najdem pametnega psihoterapevta, drugače pa mi ne more pomagati nihče drug kot jaz sam) Še več. Problem, se izkaže, ni problem nevroze ali psihoze kot take, ampak nek problem, ki sem ga pozabil (po Freudu potlačil) rešiti, ker je bil ta problem temeljnega pomena za moj duševni razvoj.

Psihološko gledano, razmišljanje o fizioloških vzrokih samo zavede osebo daleč, daleč stran od pravega, samo njej inherentnega, značilnega problema. Kvaliteta (in če hočete, kvantiteta) drugačnosti je premosorazmerna kvaliteti (ponotranjenosti, globini, velikosti) problema, ki ga mora oseba rešiti, če hoče postati normalna. Tudi normalne osebe nimajo samo finančnih težav, ampak tudi ljubezenske, probleme z nadrejenimi, otroki..., ki so za vsakogar intimni. Eden od takih težkih intimnih problemov je npr. smrt ljubljene osebe. Čeprav so naše reakcije lahko zelo dramatične, niso "drugačne", to je čudne, četudi se zavlečejo. To razumemo. In zakaj si ne bi mogli predstavljati, da neka

kronično depresivna oseba pač žaluje za nečim, česar sama ne ve, mogoče preprosto zaradi tega, ker je pozabila.

Zakaj ne bi gledali na osebo, ki hodi po cesti in vsakega mimoidočega ogovori po italijansko, kot na osebo, ki je npr. nekoč živela v Italiji, pa so jo nasilno odpeljali v Slovenijo. Tako si želi nazaj, da si zaradi obupa sama pri sebi ustvari Italijo. Lahko pa si izmislimo drugačno zgodbo. Lahko bi celo naredili družabno igro iz tega v slogu: "Povej najbolj smešno zgodbo, zakaj je ta in ta norec "znorel"! Poanta slednjega stavka ni v šali, ampak v tem, da si lahko izmislimo neskončno veliko enako verjetnih zgodb o nastanku norosti pri nekem človeku. In dejstvo je, da čim bolj poznamo tega človeka, tem manj enako verjetnih zgodb si lahko izmislimo. Na koncu nam ostane samo ena, ki jo potem dopolnjujemo. Poslednja zgodba bi bila zgodba življenja tega človeka in ta zgodba bi predstavljala osnovni problem tega človeka. Ko bi ta človek zavestno rešil svoj problem, zaradi katerega je drugačen, ne bi bil več drugačen, drugačnost kot problem bi izginila!

Še enkrat bi ponovil - drugačnost je drugačnost. Npr. dva prijatelja hodita po cesti in eden od njiju nenadoma poskoči in reče: "Joj, kako sem vesel!" Kaj naj si drugi prijatelj misli? Mogoče ga zaskrbi, da z njim ni nekaj v redu in potem se mora, logično, o tem prepričati. Lahko ga sprašuje, poizveduje okoli, kaj se mu je zadnje čase zgodilo, lahko vpraša, če je z družino vse v redu... Nekaj bo zanesljivo našel, kar bo lahko povezal s tistim nenavadnim dogodkom. Lahko si o vsem tem naredi teorijo, lahko mu jo celo pove, če je pameten, mu lahko svetuje, če pa je še bolj pameten, ga pusti pri miru.

Prvič zato, ker prvi prijatelj sploh ni vprašal za pomoč in drugič (drugi prijatelj lahko tako sklepa), ker je drugačen in meni zato nerazumljiv. Pomagam mu lahko samo:

1. če me prosi
2. če ga lahko kolikor toliko razumem
3. če ga znam na podlagi tega razumevanja usmerjati
4. če mu znam pomagati, da SAM pride do bistva svojega problema, do poslednje zgodbe.

PUSTITI ČLOVEKA PRI MIRU, ČE MU NE ZNAMO POMAGATI, je zlato pravilo, ki bi ga kazalo v psihiatriji bolj upoštevati. Pustiti človeka pri miru, pomeni opredeliti se do njegove drugačnosti:

1. Drugačnost opredeli samo sebe. Vsebina drugačnosti opredeli samo drugačnost, drugačen je, ker dela to in to.

2. Drugačnosti ne morem razumeti, če nisem kompetenten. Spekulacija mi ne daje privilegija niti, da se ga dotaknem.

Tu pridemo spet do bistva problematike psihiatrije. Kompetentni niso, saj niti za enega uporabnika 100% zanesljivo ne vedo, da to vodi do tega in tega. Če sem bolj precizen lahko rečem, da ima kompetenca več nivojev. Najvišja kompetenca daje možnost trditve: "Natančno vem, zakaj to počne". Nižji nivo je: "Pazil bom nanj, da se mu kaj ne zgodi, poskušal pa ga bom ohraniti v ritmu vsakdanjega življenja. ČE NI ČLOVEKA, KI BI MU POMAGAL NAJTI POSLEDNJO ZGODBO, MU BOM VSAJ OMOGOČIL POGOJE, DA SI JO SAM NAJDE, pa čeprav bo iskanje trajalo leta in leta." Kdo drug bo bolje razumel mojo drugačnost kot jaz sam? Nekoč bom že razumel, iskanje teče. In to je pomembno: ISKANJE TEČE.

Drugačni trpi v svoji drugačnosti, NE ZARADI DRUGIH, ampak zaradi sebe. Izvor bolečine je popolnoma notranji in to ISKANJE, je kot življenje NARAVEN PROCES, kajti biti DRUGAČEN, pomeni biti IŠČOČI. Drugačnost absolutno pogojuje ISKANJE poslednje zgodbe in kakor pride drugačnost NARAVNO, tako se razvija tudi ISKANJE. Kompetentni smo le, če se znamo sinhronizirati z ISKANJEM. Takrat lahko iskanje pospešimo. Vse ostalo samo škoduje. In škoda je lahko nepopravljiva. Vzemimo primer. Neka ženska "znori" in je prepričana, da so njeni otroci bilke, rastlinice, ki jih je treba negovati, paziti. Kaj naredi psihiater? Psihiater zaradi svoje "izkušenosti" ponavadi sploh ne posluša, kaj uporabnik govori, temveč ga resignirano nekam uvrsti, ga kategorizira in se loti "zdravljenja" s tabletami, elektrošoki... Postavimo se zdaj v vlogo te ženske:

1. Ta oseba ni ločena od sveta samo s psihozo, temveč tudi z odnosom psihiatra, ki je ne posluša in se ji s tem odtuja. Tako postane oseba dvakratno ločena od sveta.
2. Ko postane ta oseba deloma normalna, dobi zelo neprijeten občutek "čudnosti", "izkrivljenosti", takorekoč občutek samo-patološkosti: "Jaz sem vendar bolan!" Logična posledica je, da se ta oseba boji svoje drugačnosti. Tako se sama sebi odtuji. Vprašanje njene identitete: "Kaj sem jaz? Sem to ali ono, ta misel ali halucinacija?", se pojavi v svoji najbolj pereči obliki. Filozofsko vprašanje identitete postane življenjsko vprašanje. In tista ženska se lahko samo zgrozi nad samo seboj: "Le kako sem lahko imela svoje otroke za bilke!?" Tako se vedno bolj oddaljuje od sebe in vse svoje upe položi v tablete.
3. Zaradi vsega tega je ta oseba trojno odtujena. Prva odtujitev je,

- *lingvistično simbolna* (stvari so postale simboli za nekaj drugega: otroci so simboli za bilke in obratno)
- *verbalno - komunikacijska* (psihiater ne posluša, se morda posmehuje, je pokroviteljski...)
- *fizična* (psihiatrična klinika je ZAPOR!)

Temu lahko dodamo še notranjo odtujitev. Drugačnosti se oseba ustraši (prva faza odtujitve, prej je bila cela v tej drugačnosti). Prej je bila potopljena v njej. sestavni del le-te. Zdaj to dojema kot epifenomen, ki ga je treba takorekoč kirurško odstraniti. Oseba skuša biti indiferentna do drugačnosti (druga faza odtujitve). Seveda ji vse to ne uspeva, kajti drugačnost jo prej ali slej potegne nazaj vase, odtujitev in strah pred samim seboj pa se poglabljata.

Situacija je kritična. Oseba je vse bolj prisiljena, da zavzame nek odnos do drugačnosti, drugačnost ji je takorekoč postavljena pred nos. Psihiatri uporabnike zelo drastično soočijo z njihovo drugačnostjo v vsej njihovi bolečini. Rezultat je zelo negativen odnos do svoje drugačnosti s strani uporabnikov, ki se znajdejo v začaranem krogu odtujitve. Drugače povedano. ISKANJE JE BLOKIRANO.

In kaj je pozitiven odnos ali ISKANJE? Stvar je v bistvu čisto preprosta. Če smo na manj drastičen način postavljeni pred dejstvo svoje drugačnosti, bomo začeli nenehno premišljevati, tuhtati, npr. zakaj je ženska zamenjala otroke za bilke in prej ali slej našli določen odgovor, ki bo za *dotično osebo* pravilen. S tem bo zamenjava, iluzija *izginila*. Tako bi npr. ta ženska lahko odkrila, da so bilke simbol rasti, razvoja, ki je najbolj očiten pri otrocih, njej pa mogoče manjka. Zato ji drugačnost servira iluzije: "Vidiš, taki so otroci, zakaj ne bi bila še ti takšna?" Tukaj je drugačnost obravnavana kot nezavedno, kar bomo pozneje še obravnavali. Odtujenost, blokiranje iskanja vodi v propad.

Drugačnost lahko kategoriziramo, a kategoriziranje ni razumevanje. Kategorija postane tisto, kar opredeljuje mod odnos do drugačnosti drugega človeka. Za skupek simptomov z imenom shizofrenija ne vemo točno, KAJ JE. Tudi če pri neki osebi ulovimo vse simptome, še nimimo pravice reči: "Ti si shizofrenik". Kategorija ne le zreducira drugačnost, temveč nas navede, da iščemo vzroke drugačnosti v tej kategoriji, iz forme in ne iz vsebine. Ko psihiater zdravi Petra - shizofrenika, zdravi v njem njegovo formo, etiketo in ne Petra v Petru. Namesto, da poskusim, kako močno je žganje, pogledam, koliko procentov ima. Kategorije so samo kažipot, koordiantna mreža v ravnini, nič drugega. Drugačnost je ireduktibilna, drugačnost je vedno samo drugačnost.

Drugačnost nam pomaga razumeti normalnost. To bi lahko opisali kot dialektični proces. Nezdrava normalnost producira drugačnost, iz katere se lahko vrnemo samo v zdravo normalnost. Formula je ista kot prej. Normalnost brez poznavanja "zgodbe" producira drugačnost, iz katere se s poznavanjem "zgodbe" lahko vrnemo v normalnost, ki postane boljša. Iz tega sledi, da je drugačnost ustvarjalni vir smisla, ciljev, spoznanj, ki nas obogati in spremeni (mogoče usodno, a vsekakor na boljše).

Ker smo rekli, je pomen drugačnosti v tem, da vodi k boljši normalnosti, lahko sklepamo, da je vsa negativnost drugačnosti posledica nerazumljenosti. Če našo drugačnost vidimo kot družbeno etiketo, t.j. kot vsako drugačnost, ki je in bo za vedno ostala v družbi, potem živimo v iluziji, da smo drugačni za zmeraj. Drugačnost, ki jo gledamo skozi družbene etikete, vodi v apatijo, saj ne nudi nobene možnosti za akcijo. Podobno apatijo zasledim tudi v psihiatriji, ki živi od "neozravljljivih" kategorij. Drugačni mora zato sprejeti sklep, da je pač drugačen, nedoumljivo, brez okvirov in vnaprejšnjih razlag. Odlepiti mora s sebe etiketo in se podati v iskanje neznanega, kajti drugačnost se da razložiti in opredeliti, a za to niso potrebne etikete, simboli, sezname simptomov, znaki... ampak zgodba. *Drugačnost je zgodba, ki jo govori življenje.*

Iz vsega tega bi lahko rekli tole: v procesu iskanja se drugačnost pokaže v čisto drugi luči. Drugačnost iščočega veliko nauči in na koncu iskanja je srečen, ker je bil prej drugačen. Kajti zdaj se je popolnoma spremenil, zdaj se je našel. Prvotna "očitna" drugačnost, to je norost, se spremeni v drugačno mišljenje. Drugačni pozna svojo zgodbo, ki je njemu lastna, zato je njegovo mišljenje nujno drugačno od drugih.

Na ta način posameznik spremeni svoj odnos do drugačnosti in si reče: "Zmeraj bom drugačen". Tako drugačnost dobi neko posebno filozofsko konotacijo. Prej je bila obravnavana psihološko - praktično, ob predpostavki, da jo je treba odstraniti, ker je negativna. *Človek, ki se ozdravi, mora začeti živeti svojo drugačnost, svojo zgodbo.* Zgodba je lahko npr. samo ta: "Prišel sem v umobolnico in se trudil, da pridem ven. Z voljo in disciplino mi je uspelo, ob tem pa sem se nekaj naučil, ko sem se uspel ozdraviti" (tak je primer Percevala). Tako se mora ta oseba sprijazniti z dejstvom, da je drugačna, da o določenih stvareh misli drugače in to mora peljati naprej.

Ta, filozofska drugačnost, je nekaj neopaznega in ljudje je ponavadi ne upoštevajo. Drug drugemu hočemo vsiliti nekaj, kar se ne sklada s svetovnim nazorom te osebe. Prepad med filozofijami različnih ljudi postane za iščočega, ko ni več primarno drugačen, hud problem. Če mora primarno drugačnost preseči, mora sekundarno sprejeti in to za zmeraj. Tako postane ta človek spet

iščoči, ko začne iskati zgodbo, ki ni samo njegova. Lahko postane religiozen, znanstvenik, filozof..., saj mu že vsakdanje delovanje postavlja nove, v bistvu čisto filozofske probleme, ki jih je treba rešiti.

Drugačni smo torej vsi in ponavadi se tega ne zavedamo. Drugačnosti ne smemo dojemati kot izolacijo, čeprav lahko vodi v osamljenost. Če se izoliraš, ostaneš edini na svetu in drugačnost izgubi pomen. Drugačni smo lahko le v interakciji z ljudmi, šele z razpravami, dialektičnim prežemanjem med jaz in ti se ta drugačnost vse bolj kristalizira in očiščuje. Tako drugačnost imajo stari ljudje s svojo modrostjo. Uspešno smo drugačni takrat, ko dosežemo stopnjo medsebojnega sprejemanja. Če pa želimo to doseči, je potrebno, da svojo drugačnost zdiferenciramo, sicer nas bo družba uvrstila (simbolno in dobesedno) tja, kamor ne spadamo.

Zdaj moramo ponovno definirati drugačnost. Zgodba ni nujno "psihoanalitična" zgodba, lahko je "pravljična" mojega svetovnega nazora (v najširšem smislu), lahko je zapis v mojem dnevniku. Gre za to, da je to MOJA zgodba (Jung bi rekel - mit). Torej gre za to, da je zgodba absolutno subjektivnega značaja in zelo občutljiva na vsiljevanje ("objektiviziranje"). Gre samo za odpiranje subjektivnosti in s tem za njeno spreminjanje. Drugačnost je torej subjektivnost. "Tista" drugačnost (norost) je preveč zaprta subjektivnost, kristalizirana drugačnost pa je odprta subjektivnost. Psihotik je s svojo psihozo naredil ščit pred drugimi in kar je pogubno, tudi ščit pred samim seboj. To pa je čisto psihološki problem.

Drugačnost se je dosedaj pojavljala v različnih pomenih. To je tudi posledica tega, da sem drugačnost poskušal razložiti brez pojma nezavednega, vsaj v psihoanalitičnem smislu. Ob upoštevanju nezavednega (dela duše, ki se ga ne zavedamo), se pojem drugačnosti spremeni in sicer:

1. Drugačnost je drugačnost, v kateri se kažem zunanjemu svetu (psihološka drugačnost).
2. Drugačnost je različnost med ljudmi (filozofska drugačnost).
3. Drugačnost je neka drugačnost v nas samih - t.j. nezavedno. V psihozi pride na dan ta vrsta drugačnosti in je vsiljiva tako za psihotika, kot za opazovalca. Drugačnost moramo zaradi tega dojemati na nek način ločeno od trpečega. Nezavedno je del duše, ki ni v celoti (ali pa nikakor) podvržena subjektivnosti, t.j. zavestni osebi. Drugačno vedenje zato ni popolnoma vedenje te osebe, ampak se tako "vede" sama drugačnost - nezavedno. Nezavedno se vsiljuje in nekaj hoče. Bolj učeno rečeno je potrebno poleg psihološke

in filozofske drugačnosti upoštevati tudi meta-psihološko drugačnost, t.j. nezavedno.

Na začetku sem rekel, da me zanima samo psihološka drugačnost, zdaj pa vidim, da je za njeno razumevanje potrebno predvsem razumevanje meta-psihološke drugačnosti. Zakaj tako? Primarno iščoč si lahko z razumevanjem meta-psihološke dimenzije drugačnosti uredi, osmisli tudi drugi dve dimenziji. Če (kot psihotik) vem, da mi psihoza hoče nekaj povedati, moram zato nujno sprejeti nek odnos do nezavednega, t.j. urediti psihološko stran odnosa do drugačnosti. Če skozi iskanje - zdravljenje dobim nekaj na znanje, moram biti prepričan, da je to znanje veljavno, da drugi lahko sprejmejo mojo drugačnost v filozofskem pomenu. Vse tri poti so neločljivo povezane in druga drugo omogočajo, t.j. pomagajo druga drugi pri uspešnem razreševanju. Bistveno je, da vemo, da sta psihološka in filozofska drugačnost samoumljivi, tretja - nezavedna - pa je težko umljiva, neverjetna, nemogoča in se je ljudje bojijo. Uspešno razumevanje prvih dveh zahteva dobro razumevanje nezavednega. Če se tega zavedamo, nam je kraljevska pot v nezavedno odprta. Od tu pa do teološke drugačnosti ni daleč, toda to pustimo za drugič.

Bistveno je to, da mi, laiki, upoštevamo drugačnost kot drugačnost, kot zgodbo, ki nam jo bo trpeči nekoč povedal. Do takrat pa čakajmo.

Igor Spreizer, Martina Štirn

VRNITEV V STANJE PRED "DUŠEVNO BOLEZNIJO": SODELOVANJE Z DRUŽINO (prevod)

Opomba izdajatelja:

Avtorja Christine Barrowclough in Nicholas Tarrier sta klinična psihologa, ki delata v salfordski zdravstveni ustanovi. V zadnjih štirih letih sta razvila in ponudila program za pomoč družinam shizofrenikov. Več kot devet mesecev sta delala z duševno motenimi ljudmi in njihovimi družinami. Njun program vzpostavlja v družini vzdušje, ki ugodneje deluje na vrnjenega člana družine in seznani družino z zapoznelimi učinki bolezni. Hkrati vzpodbuja vključevanje prizadete osebe v aktivnost izven družine. V članku je podan njun program, ki je nato predstavljen še na konkretnem primeru.

Sodelovali smo z družinami, katerih člani so se zdravili za shizofrenijo. To poudarjamo zato, ker iz take situacije izhaja nekaj posebnih problemov. Npr. člani družine so pogosto nezaupljivi in vznemirjeni ob spremembah v človeku, ki se je ravno vrnil iz bolnišnice. Premalo jasno si predstavljajo svojo prihodnost, ki se bo spremenila z vrnitvijo bivšega družinskega člana; ne vedo, kako ga sprejeti, da bodo srečanja z njim čim bolj plodna. Na drugem bregu pa je človek, izčrpan, neusmerjen iz svoje biti, morda neželjan življenja. Če je družina, v katero se ta človek vrne emocionalno neodgovorna, tvega sprostitev novega cikla "bolezni".

Družina je zelo močan vir za podoživljanje samega sebe, še posebno za človeka, ki je prekinil mnogo vezi z ljudmi zaradi svojega obdobja drugačnosti. V družini so stkana poznanstva, ki človeku ponujajo prva srečanja, t.j. občutek uglasenosti z okolico, sprejetosti, kar je predpogoj za razvijanje drugačnega, nestereotipnega doživljanja. Zelo pereča krožna posledica duševnih kriz je, da take osebe postopoma izgubljajo prejšnje socialne stike, zato obstaja nevarnost, da se povsem izolirajo. Neredko se zgodi, da so njihovi stiki omejeni izključno na družinske člane.

Družino navadno sestavljajo ljudje, ki jih imaš pogosto dosti raje kot kogarkoli drugega, četudi si zaradi doživljanja tesnobe manj odprt do njih. Bolj krepke so vezi med družinskimi člani, lažje človek ustvarja prava srečanja z ljudmi nasploh. Mnogokrat sorodniki posebno v začetnem obdobju krize resnično žele pomagati svojemu človeku in s tem zagotovo veliko pripomorejo. Družina

ponuja tudi ekonomske prednosti, kajti ti ljudje so po vrnitvi iz bolnišnice mnogokrat brez stanovanja, življenje s sorodniki pa omili revščino.

Naš program navadno traja devet mesecev. Razdelili smo ga v tri dele:

1. Informirati, izobraževati in svetovati ljudem v družini, v katero se vrne človek iz bolnišnice.
2. Omejevati nastanek stresnih doživetij v domačem okolju ter učiti ljudi, kako se spoprijemati s stresom
3. Obnavljati omejeno življenje v bolj aktivno, v katerem bo več zadovoljujočih zunanjih stikov, ki bodo uspešni in bodo izpolnjevali življenje.

Ad. 1.

Mnoge družine so razumevajoče, vendar vznemirjene in simptome duševne drugačnosti ovijejo v skrivnost. Po naših izkušnjah so mnoge družine v svojem strahu prepuščene same sebi, kot posledico pacientove "bolezni" utrpel trenutke emocionalnih stresov, ali pa poročajo o vznemirjenosti, o motnjah spanja in občutjih nemoči, depresije, ki se poraja ob motečem vedenju osebe, ki je preživela psihozo.

Prvi korak do rešitve je natančno informiranje družine o shizofreniji, da se ta lažje vživi v situacijo in oblikuje prihodnost. Shizofrenijo opisujemo kot s stresom povezano biološko stanje, za katerega je značilno pojavljanje precej neobičajnih izkušenj, kot so slišanje glasov, trpljenje zaradi določenega motenega načina mišljenja... Poudarek, da je "bolezen" biološko pogojena, je lahko v pomoč pri ublažitvi krivde, ki jo čutijo sorodniki.

V večini primerov starši in sorodniki ničesar ne vedo o halucinacijah in nenavadnem mišljenju, pogosto le opazujejo človekovo obnašanje, ki je zanje neobičajno ali izkrivljeno. Težko razumejo, zakaj je njegovo vedenje takšno. Poenostavljeno jim razložimo, zakaj je bilo zdravljenje predpisano, možne posledice in načine preprečitve ponovnega duševnega obolenja. Sorodnikom predlagamo, naj si vzamejo čas, ki je namenjen le njim samim. Pojasnimo jim vpliv stresnih situacij na bolezen in poudarimo pomembnost minimalizacije le-teh kritičnih in impulzivnih čustvenih reakcij. Sorodnikom predlagamo, naj namesto kritike uporabljajo spodbujajoč način komunikacije v vsakdanjih situacijah.

Navajamo rezultate raziskave, ki je bila objavljena v North West Fellowship. Po naših izkušnjah lahko izsledke te raziskave potrdimo. Sorodniki in upo-

rabniki v resnici sporočajo, da zelo malo vedo o diagnozi, ki jo je posameznik dobil. Večina jih sicer ima okvirno idejo o tem kako se diagnoza glasi, toda pomanjkanje informacij o "bolezni" je zastrašujoče. Skupni pojmi razlage takšne "shizofrenije" so: nasilje, razcepljena osebnost in zelo majhne možnosti za razvoj.

Ponujamo vam nekaj izhodišč o tem, kako obvestiti družino in sorodnike o bolezni:

1. Najbolje je, če se informiranje izvaja že v zgodnjem obdobju "bolezni", če po možnosti v prvem delu.
2. Izobraževati je potrebno tako uporabnika kot sorodnike.
3. Informacije naj bodo čim preprosteje oblikovane in naj zadevajo direktno osebne simptome uporabnika (ne na splošno!).
4. Nadaljna podpora in načrtovanje prihodnjih srečanj naj bo ponujena šele, ko so podane informacije o "bolezni".

Poudariti moramo, da sorodniki pogosto težko sprejmejo te nove informacije v svoja miselna prepričanja, kajti v nekaterih primerih so več let živeli ob bolezni človeka brez sodelovanja s kako ustanovo in si tako oblikovali svoj pogled. Zato spremembe njihovega doživljanja in reagiranja na človeka, ki je drugačen, ni mogoče pričakovati v hipu.

Ad. 2.

Ko se ljudje, ki so dobili diagnozo "shizofrenija", vrnejo in živijo v tesnem stiku z ljudmi, ki so bili kritični do njihovih težav ali so nanje odgovarjali zelo čustveno in morda niso preoblikovali svojega vedenja, se zlahka znova pojavijo znaki "duševne bolezni". Kritika prizadete osebe se lahko izraža tudi kot nezanimanje družine do narave drugačnosti človeka, ali pa v pretiranem žrtvovanju, skrbi kot navideznem izrazu ljubezni...

Zagotovo celotna družina doživlja motnje ob "bolezni" enega od članov. Ti neprijetni občutki se ob vrnitvi človeka zlahka obnove in so zelo neprijetni za vse družinske člane. Iz njih se lahko porajajo napetosti, zato se v tem obdobju trudimo omejiti izvore stresov v domačem okolju z ozaveščanjem o ustreznih načinih komunikacije.

Začenjamo z izobraževanjem staršev o naravi stresa: na kakšen način vpliva na naše razmišljanje, na psihično počutje, na obnašanje do nas samih in do drugih. Nato jim predstavimo alternativne, bolj prilagojene načine ravnanja v

vsakdanjih stresnih situacijah. Poudarek je na praktičnem spopadanju s stresnimi trenutki v vsaki družini, spopadanju z vsakodnevnimi stresorji. Prosimo jih, naj pišejo dnevnik stresnih dogodkov, kati s pomočjo tega ob razgovoru z družino določimo vzroke stresa in načine reševanja. V razgovoru skupaj razčlenimo:

1. Kaj se je pravzaprav zgodilo?
2. Kaj je bil povod za stres?
3. Kako so se udeleženci počutili v stresu: kajso razmišljali in kaj so jim naredili.

Predlagamo, naj naredijo temeljit pregled svojega doživljanja ob stresu, kajti ob tem se odpirajo možnosti drugačnega, prijetnejšega in uspešnejšega spoprijemanja s stresom. En del reakcij na stres je fiziološki. Kaže se kot napetost mišic, neenakomerno bitje srca, občutek slabosti. Ljudem s takimi simptomi priporočamo sprostitev, zato jih učimo sprostitvenih vaj in dihalnih tehnik.

Možna reakcija na stres je lahko negativna predstava o samem sebi (nimam moči, konec me bo), ki še oteži reševanje problema in krepí slaba občutja. Tudi te ljudi lahko naučimo, da razmišljajo bolj optimistično, na nov način, s katerim oblikujejo mirnejše ozračje za spoprijemanje s stresom. Vedeti morajo, da je primernejše impulzivno vedenje nadomestiti z umirjenim in počasnim dihanjem, kajti, če bodo namesto tega na nekoga vpili, jim bo on vračal, morda še okrepljeno.

Če se zgodi, da kdo od članov družine ne želi sodelovati v navedeni analizi stresnih doživljanj, počakamo, dokler res vsi ne potrde sodelovanja, kajti le to jamči uspeh.

Ad. 3.

Potrebno je tudi obnavljanje omejenega življenja v bolj aktivno, polno zunanjih stikov, ki so uspešni in zadovoljujoči.

Najprej zmanjšujemo stresnost in bogatimo razumevanje v domačem okolju. Nato se trudimo vliti družinam pogum, prizadeti osebi pa podporo pri vzpostavljanju stikov znotraj družine in kasneje z ljudmi, s katerimi se je pred boleznijo srečeval, zabaval, ustvarjal... Poskušamo tudi okrepiti nove stike in vključiti osebo v dnevne centre, oziroma različne socialne mreže. Uporabniku najprej postavimo naslednja vprašanja: "Kaj bi počel sedaj, če tvoje "bolezni"

ne bi bilo? Kakšne zamisli o svojem življenju si imel pred "boleznijo"? Kaj si počel preden si zbolel: (aktivnosti, interesi...)? Kakšni so bili tvoji prijatelji in kam te je to vodilo?" Potem se pogovarjamo skupaj z družino. Nato napišemo listo predlogov npr. razvijanje sposobnosti, socialni stiki, lastno stanovanje... ki izražajo resnične želje uporabnika. Po naših izkušnjah prihaja do precejšnjih razhajanj med trenutno zmožnostjo le-tega in njegovimi željami. Rešitev je v tem, da skušamo podati načrt, ki ima natančno opredeljene stopnice prehajanja iz sedanjega stanja v željeno, kajti vsako vmesno stanje, ki ga posameznik doseže, občuti kot uspeh in ohrabritev za nadaljnjo pot. Če vmesne steze miselno niso dovolj uhojene, bo hoja lebdeča. Človeku, ki je zares osamljen, ne moreš reči: "Moral bi iti med ljudi", kajti tako mu še povečaš občutke krivde. Raje mu predlagaj, naj gre v klub, kjer imajo ljudje podobne interese, ali pa ga spomni, naj piše prijatelju in ga povabi na pijačo. Vendar je ob tem nujno pripomniti, naj pomoč okolice ne bo prevelika, kajti premočne zahteve ali preveliko nudenje pomoči lahko ustvarijo občutek dolžnosti. V želji, da okolja ne bi razočaral, posameznik lahko dela proti sebi oziroma ne iz svoje lastne volje. Včasih v programu predlagamo manj stikov s starši ali celo njihovo odsotnost. Nadomestimo jih s človekom, ki je na prizadeto osebo manj emocionalno vezan.

IZVEDBA PROGRAMA V PRAKSI

Suzana je stara petindvajset let. Shizofrenne motnje so se pri njej prvič pojavile pri enaindvajsetih letih; v tem vmesnem obdobju je imela štiri zaporedne krize, približno vsako leto po eno. Njeno družino smo obiskali ravno takrat, ko je bila četrta v bolnici. Ni imela prijateljev, znancev, ne fanta. Pet let je bila brez zaposlitve. Odkar je obolela prvič, je živela doma. Največji del dneva je preživela v postelji, razen ko je vstala za nakup cigaret. Potem se je vrnila nazaj počivat, dokler ni šla zgodaj zvečer spat. Pred prvim obolenjem je bila prav privlačna mlada ženska s prijatelji, prijetnim življenjem izven domačega ognjišča in svojim stanovanjem. Študirala je jezike. Toda vse se je izničilo s "shizofrenijo". Posledice "bolezni" so bile večje, kot je bila škoda zaradi "bolezni" same. Živela je z mamo in očetom. Mama je bila honorarno zaposlena, oče pa je bil zaposlen z gospodinjstvom doma. Mama je zelo skrbela za Suzano; celo preveč je bila navezana nanjo, zaščitniško, po drugi strani pa nezaupljivo. Skrbela je za Suzanino perilo in ji kuhala. Oče je zaradi svoje depresivnosti, ki je bila tudi posledica nezaposlenosti, ljubosumno gledal na hčer. Očital je ženi, da Suzani nameni preveč svojega truda, ona pa mu je vračala, češ kakšen brezsrčnež je. Takšne razmere so še okrepile neprijetna občutja v družini.

Ko smo začeli izobraževati družino o "shizofreniji", smo staršema jasno povedali, da lahko Suzana ponovno doživi krizo, vendar naj se zavedajo, da sveta s tem še ne bo konec. Mamo je že sama misel na ponovno krizo pripravila do joka. Zato je bilo zelo pomembno, da smo ji predstavili, kako velik pomen ima njeno sprejetje hčerine "bolezni", kajti na Suzano bi vplivala dosti bolj pomirjujoče, če bi imela sama bolj trezen in miren občutek ob sodoživljanju "bolezni". Napetost v družini smo zmanjševali v štirikratnih srečanjih s starši. Predlagali smo jim, naj Suzana ne bo le sopotnik v družini, temveč aktivni član. Za to pa bi se moral temeljito spremeniti odnos med staršema, na kar je precej težko vplivati, kajti potem rešuješ odnos med partnerjema in ne direktno Suzane.

Ko smo se podrobno seznanili s Suzaninimi preteklimi in sedanjimi interesi, razmislili o ljudeh, ki bi ji lahko pomagali in o možnostih, ki bi jih lahko izkoristila, smo našli tale izhodišča:

- njeno družino (pripravljena ji je pomagati, brat jo je povabil k sebi na obisk)
- njene interese (šport, potovanja, glasba, koncerti, jazz)
- rada je študirala (brala, vztrajna je bila pri intelektualnem delu)
- rada je spoznavala nove ljudi (njena pretekla želja - pomagati ljudem, hotela je pomagati človeštvu kakorkoli že - delo prihodnosti. Zнала je voziti avto.).

Suzanin pogled na življenje: "Imela bi prijatelje, več bi hodila ven, imela bi službo, svoje stanovanje, počela bi stvari, ki so me zanimale včasih." To je bila naša glava usmeritev. Skupaj smo razmišljali, v kolikšni meri so njene želje realne in kakšna naj bo pot z vmesnimi stadiji, s katerimi se bo Suzana lahko identificirala in tako krepila svojo voljo za nadaljnjo pot.

Njen dan naj bi se začel ob desetih, ko bi Suzana za začetek postorila kaj v hiši. Povedali smo ji: "Čeprav živiš pri starših, moraš za neko stvar vseeno prevzeti odgovornost. Tvoje perilo je tvoje delo. Kuha je drugo tako opravilo, ravno tako delo na vrtu." Suzana je začela skrbeti zase, počasi smo ji dodajali še kakšno dejavnost. Staršem smo razložili, naj njeno delo raje kot pomoč njima sprejmeta kot krepitev občutka odgovornosti za svoje življenje. Poleg tega, da smo okrepili njeno aktivnost in skrb zase, smo si v nadaljevanju prizadevali, da bi dekleta vzpostavilo stike z drugimi ljudmi. Nismo ji priporočili zgolj to, naj gre ven, ampak smo ji zaradi prejšnje močne izoliranosti predlagali, naj zahaja skupaj z očetom v bližnjo okrepčevalnico. Sčasoma je Suzana začela tja zahajati sama, nato pa še kam drugam.

Takšen postopen prehod je priporočljiv (ali še boljše - nujen) pri preoblikovanju navad. Pomoč obogatitve Suzaninega življenja se je nadaljevala z iskanjem zaposlitve zanj. Gradili smo na njenem interesu pomagati drugim ljudem. Tudi v takem primeru ne bi bilo dobro reči dekletu, naj se prijavi za prostovoljko. Šli smo skupaj z njo v dnevni center in jo seznanili s tamkajšnjimi ljudmi, nato pa smo se dogovorili, da bo Suzana tam preživljala dopoldneve. Zelo se je razveselila. Ker je bilo Suzani delo zelo všeč, je tam ostajala tudi popoldne. Suzanine dolžnosti med prvo stopnjo prostovoljnega dela so obsegale kuhanje čaja za starejše ljudi, pomoč pri hoji do avtobusa, ki jih je vozil do centra, pomoč pri opravljanju osebne higiene... - na splošno kot medicinska sestra. Ko si je pridobila zaupanje in naklonjenost osebja, je postala voznikova pomočnica, kot spremljevalka avtobusa iz centra, ki je zjutraj vkrcaval ljudi. Pomagala jim je sestopati iz avtobusa in jih popoldne vozila nazaj. Preselila se je v državno stanovanje. Njeno neodvisno življenje je bil naš končni cilj.

Viri:

Barrowclough, C., Tarrier, N. Recovery from mental illness: Following it through with a family. North West Fellowship, 46 Allen Street, Warrington, Cheshire WA 2 7JB. (prevod)

Žele Despotovič

ALI JE ODVISNOST OD PSIHOTROPIČNIH SUBSTANC (PSIHOFARMAKOV) RESNIČNO POTREBNA ? (prevod)

Sedanja praksa duševnega zdravja v skupnosti, glede uporabe psihotropičnih substanc natančno izraža stališče kulture. Ta v tabletah išče hitro, celo magično olajšanje. Množično uporabljajo in zlorabljajo alkohol, marihuano, pa tudi pomirjevala kot npr. Valium, ki se dobijo samo na recept. Zakaj torej predlagamo kršitev našega principa normalizacije in poskušamo brzdati uporabo psihotropičnih zdravil v programih dela v skupnosti? Ali bolj preprosto, zakaj ne bi še mi dopuščali drog, če to počnejo vsi ostali? Za to imamo vsaj 5 tehtnih razlogov:

1. Mnoge psihotropne substance privedejo do tega, da posameznik izgubi stik z doživljanjem samega sebe. Ta intra-individualna dekontekstualizacija (fragmentacija) lahko dejansko povzroči, da se tisto, kar naj bi bila začasna dezorganizacija, prelevi v trajen razcep. Metode psihosocialnih sprememb, ki jih zagovarjamo, zato ne dosežejo pričakovanih učinkov.
2. Številne psihotropne substance, še posebno nevroleptiki, imajo resne kratkoročne in dolgoročne stranske učinke in delujejo toksično. Ena takih, "dyskinesia tardiva", povzroča spremembe v obliki zgibkov mišic obraza, ki otežuje vključevanje v skupnost, saj je stigmatizacija opazna že na zunaj.
3. Te substance dajejo v situacijah, v katerih imajo uporabniki le malo resnične izbire glede tega, ali naj jih vzamejo ali ne. Oblast zdravnikov je v tem pogledu popolna in ponavadi se o njej niti ne razpravlja. Z oblastjo nad jemanjem zdravil preide nadzor nad pomočjo v roke nekoga drugega in tako ni več v rokah uporabnikov samih. Možnosti in moč za sprejemanje lastnih odločitev pa so bistvene sestavine dobrih programov dela v skupnosti.
4. Psihotropične substance v kar največji meri prispevajo k današnjemu biološko usmerjenemu pojmovanju, po katerem je motnja znotraj posameznika. To pojmovanje spremljajo hierarhični odnosi in linearna vzročnost; oboje pa je v nasprotju s psihosocialno usmeritvijo odprtih sistemov, ki se nam zdi pomembna za nadaljevanje dela v skupnosti.
5. Te substance pospešujejo preveč poenostavljeno in redukcionistično razmišljanje, kakršno se kaže v trenutno moderni "dopaminski teoriji"

shizofrenije. Znano je, da so nevroleptiki koristni pri shizofreniji. Znano je tudi, da nevroleptiki vplivajo na metabolizem dopamina. Iz tega so izvedli zaključek, da je shizofrenija motnja, ki izvira iz pomanjkanja nevroleptikov. Poglejmo si analogijo: digitalis je koristen pri srčnem napadu. Digitalis vpliva na krčenje srčne mišice. Zato je srčni napad motnja, ki jo je povzročilo pomanjkanje digitalisa.

Ker lahko samo zdravniki predpišejo zdravila, bi pričakovali, da so ostali uslužbenci v programih skupnosti lahko brez predsodkov, odprti in inovativni. Na žalost pa, po naših izkušnjah, ponavadi ni tako. Zdravniki se imajo za pomembnejše od ostalih, delno zato, ker dosegajo večje učinke. Tako se sčasoma ostali člani ekipe podredijo pričakovanju zdravnikov in vidijo možnost za svoje delo samo ob sočasni uporabi psihofarmakov. Posledica tega je, da trpi timsko delo. Slednje je možno le ob enakopravnem dialogu, v katerem imajo mnenja vseh sodelujočih enako težo. Dokler je moč odločanja v rokah zdravnikov, se ostali delavci čutijo nemočne, kar krni njihovo inovativnost. Kar nas stalno preseneča, je stopnja tajnega dogovora glede uporabe psihofarmakov, ki se odvija med psihiatri, uslužbenci, ki niso zdravniki, večino uporabnikov in širšo skupnostjo. Zdi se, da so se vsi tiho sporazumeli, da so tablete "odgovor" na problem motenega in motečega vedenja. Videti je, da obstaja skupna potreba po tem prepričanju, kljub znanstvenim dokazom o omejeni koristnosti uporabe psihofarmakov.

Na primer, če so nevroleptiki pravi odgovor za tip motenega in motečega vedenja, ki je označeno kot shizofrenija, zakaj se potem približno polovica takih oseb vrne v staro stanje v roku dveh let, čeprav redno jemljejo nevroleptike? (Davis, 1980) Zakaj nevroleptiki ne vplivajo na dolgoročno prognozo oseb z diagnozo shizofrenija? (Bleuler, 1968; Ciompi, 1980; Harding et al., 1987 a,b; Huber et al., 1980; Niskanen & Achte, 1972)

Pričakovali bi, da bo psihiatrija kot znanost usmerila svojo pozornost na implikacije takih in podobnih ugotovitev. Videti pa je, da podatke, ki ne ustrezajo trenutni dogmi, psihiatrija bodisi povsem "prezre" ali pa jih spodbija z za lase privlečenimi argumenti, ki se sklicujejo na ekskluzivnost (npr., tako je samo v spodnji Sloboviji) ali na metodologijo (npr., saj niso bili resnično shizofreniki). Raziskovalci, ki vztrajajo na objavljanju takih "deviantnih" podatkov, so v nevarnosti pred marginalizacijo, ponavadi s poudarjanjem osebnostnih lastnosti (npr. "saj veš, da je ženskar, alkoholik, ipd.").

Psihologija predpisovanjaa psihofarmakov

V zadnjih letih smo zbrali nekaj zanimivih sociopsiholoških podatkov glede prakse predpisovanja zdravil med psihiatri. Ne trdimo, da so vsesplošno resnični, vseeno pa imajo določeno težo.

Zdi se, da je zdravljenje shizofrenije s psihofarmaki izjemno podvrženo dogmatizmu. Zaradi najrazličnejših razlogov, ki niso povsem razumljivi, je skrajno težko doseči, da osebe s to diagnozo ne bi jemale nevroleptikov. Poskuse, da bi jih tega obvarovali, nemedicinsko osebje spremlja z dvignjenimi obrvmi, vprašujočimi pogledi, vprašanji "Misliš, da bodo lahko?" ali "kaj pa, če?", zdravniki pa z namigi na možnosti tožbe za nemarno opravljanje poklicne dolžnosti.

Vprašati se moramo, ali dogmatizem, ki tako prevladuje glede dolgotrajne uporabe nevroleptikov pri osebah z diagnozo shizofrenija ne izvira morda le iz želje psihiatrov po ohranjanju varne razdalje do teh pogosto napornih oseb. Kratki "zdravniški obiski" ne omogočajo razvoja zaupnih, sodelujočih terapevtskih odnosov, ki bi bili potrebni, v kolikor bi nevroleptike uporabljali le v akutnih stanjih.

Usmeritev, ki zagovarja tezo, da je shizofrenija biološka bolezen, ki jo je mogoče zdraviti le z zdravili, ima vajeti trdno v rokah. Podoben odnos najdemo glede manično-depresivne psihoze in zdravljenja z litijem. Vseeno pa so pogledi na to motnjo, po naših izkušnjah, manj negativni kot na shizofrenijo, najbrž zaradi mnenja, da so nekatere osebe s to diagnozo lahko dokaj ustvarjalne. Zaradi tega je nekako lažje odprto in brez predsodkov razpravljati o zdravljenju manično-depresivnih psihoz kot o zdravljenju "shizofrenikov".

Uporaba zdravil pri manj motenih in motečih osebah (t.j., nevroz in nekaterih osebnostnih motenj) je manj doktrinara. Običajna pomirjevala in antidepresivi se v teh primerih uporabljajo bolj ali manj po načelu poskusov in napak. Glede njihove uporabe ne obstaja splošna doktrina, delno zato, ker dokazi o njihovi učinkovitosti niso preveč jasni. Poleg tega pa v očeh mnogih psihiatrov ta milejša psihopatološka stanja nimajo statusa "bolezní". Psihiatrija brez težav priznava, da to skupino potencialnih klientov lahko zdravijo drugi, ne priznava pa tega štirim resnejšim kategorijam: shizofreniji, manično depresivni psihozi, maniji in psihotični depresiji, na katere gleda kot na resnično "lastnino" psihiatrije.

Kljub temu retoričnemu in teritorialnemu imperativu, se večina ameriških psihiatrov nerada ukvarja z osebami, ki so označene kot shizofrene. Te osebe

so naporne, nedovzetne, vzamejo ti veliko časa, in pogosto ne plačujejo računov. V ZDA so dejansko pogosto brez kakršnihkoli sredstev za plačevanje zdravstvenih uslug. Posledica tega je, da predstavljajo največjo posamezno diagnostično skupino v državnem sistemu duševnega zdravja. Osebe z maničnimi ali bipolarnimi motnjami ter depresivne osebe so bolj privlačne. Stanje se jim izboljša relativno hitro, ponavadi ne vzdigujejo socialnega protesta, imajo družine, ki skrbijo za njih, plačujejo njihove račune, in včasih celo predstavljajo stebre družbe. Govoriti shizofrenščino, pomeni biti nerazumljiv. Govoriti jezik manije, pomeni biti posrečen, smešen, zabaven. Govoriti kot depresivna oseba, pa pomeni biti dolgočasen, utrujajoč. Večini ljudem je lažje biti z zadnjimi dvema.

Načela predpisovanja psihofarmakov

Čeprav smo zaskrbljeni nad pretirano uporabo in zlorabo psihofarmakoloških agentov, so le-ti, na žalost, resničnost v sedanji praksi duševnega zdravja v skupnosti. Glede na stopnjo deljenih fantazij o njihovi učinkovitosti je le malo verjetno, da se bo situacija kmalu spremenila. Psihofarmake je preveč lahko jemati in preveč se skladajo s prevladujočimi kulturnimi normami, da bi se jim lahko odrekli. Kljub temu pa želimo predstaviti načela, ki jih lahko razumni delavci in uporabniki duševnega zdravja upoštevajo za obveščeno presojo o psihofarmakološki praksi v skupini, kateri pripadajo. Dejstvo, da nemedicinsko osebje ne more pisati receptov, še ni opravičilo za to, da niso dobro poučeni, skrbni in kritični glede tega, kar se dela z njihovimi uporabniki.

Poleg tega pa upamo, da bodo bolj obveščeni klinični delavci prišli do podobnih zaključkov kot so naši: da je norost še kako razumljiva in da jo lahko učinkovito obravnavamo s psihosocialnimi metodami. Še posebno to velja v primerih, v katerih še ni prišlo do zdravljenja s psihofarmaki. V tem kontekstu je treba poudariti, da uspešna psihosocialna obravnava zelo motenega in motečega vedenja zahteva bodisi naravno socialno mrežo okrepljeno z delavci duševnega zdravja, ki uporabnikom nudi veliko opore, ali pa pravilno organizirano stanovanjsko terapevtsko skupnost, ki nudi intenzivno oporo in je načrtovana izključno v ta namen.

Naša načela so:

1. Dobro poučeni uporabnik je najboljši upravnik

Klienti/uporabniki/stranke/pacienti morajo imeti določeno znanje o substancah, katere naj bi zaužili, poučeni pa morajo biti tudi o drugih vrstah obravnave. Ne moremo se zanesti na zdravnike, da bodo te informacije

posredovali motenim osebam na sprejemljiv in razumljiv način. Delavci duševnega zdravja v skupnosti bi morali poznati terapevtske in stranske učinke različnih vrst psihofarmakov.

Ni potrebno, da razgovor o psihotropičnih substancah začne zdravnik in ga ponavadi tudi ne bo. Zato bi morali biti delavci na vseh nivojih seznanjeni z učinki petih vrst psihotropičnih zdravil. Morali bi biti sposobni fenomenološko opisati, kakšne izkušnje bodo njihovi uporabniki po vsej verjetnosti doživeli, če bodo jemali določeno zdravilo.

2. Oblast ljudem

Ključna sestavina odgovorne obravnave v skupnosti, tista, ki jo bistveno razlikuje od obravnave, ki poteka v bolnišnici in vključuje odvisnost, je ta, da ohranja posameznikovo oblast nad svojim življenjem. Ohranjanje osebne oblasti, oziroma ponovno vzpostavljanje le-te, če je bila spodkopana s sistemom bolnišničnega zdravljenja, je predpogoj uspešne obravnave v skupnosti. V tem kontekstu moramo obravnavati tudi psihotropične substance. Kako lahko ohranjaš uporabnikovo oblast nad damim seboj, medtem ko mu daješ substance, ki močno spreminjajo njegovo fiziologijo, njegovo zaznavanje samega sebe in njegov občutek o tem kdo in kaj je? Ugotovili smo, da bo naslednji postopek, če ga bomo dobro predstavili in pošteno izvajali, ohranil večino uporabnikove oblasti nad lastnim telesom in ga bo naredil za partnerja v procesu obravnave.

Primer, ki ga navajamo, je resničen in se nanaša na osebo z diagnozo shizofrenija, ki naj bi jemala haldol:

"Rad bi, da bi jemali zdravilo, ki je pomagalo veliko ljudem z vašo vrsto problema. Seveda ne morem zagotoviti, da bo delovalo. Zato je zelo pomembno, da gledate na jemanje zdravila kot na eksperiment na sebi. S tem mislim, da bi rad, da ste pozorni na to, kako se počutite, se pravi na vaše *čustveno stanje, občutek samega sebe, zaznavanje vašega telesa, nivo energije in splošno počutje* pred začetkom jemanja zdravila. Potem pa, že od prve tablete naprej, bi rad, da bi si pisno zabeležili, vsaj enkrat dnevno, spremembe v zvezi z vašim počutjem v odnosu do navedenih 5 značilnosti. Videla se bova čez teden dni in želim, da prinesete dnevnik s seboj. Na osnovi tega in najinega pogovora o tem, kako se boste takrat počutili, bova odmerila količino zdravila, ki ga boste jemali. Do takrat pa bi želel, da jemljete zdravilo v količini, ki sem jo predpisal. Če boste začeli čutiti vrtoglavico, če se boste počutili šibkega ali se začeli potiti, prenehajte z jemanjem zdravila in me pokličite. Če se boste počutili, kot

da se morate nenehno gibati, ravno tako prenehajte z jemanjem in me pokličite. Če boste čutili krče v mišicah, še posebno okoli vratu in ramen, me pokličite.

Čez dva tedna se bova ponovno srečala in ocenila, kaj je zdravilo, če je sploh kaj, naredilo za vas v tem času. Pogovoril se bom z vami o vašem dnevniku s strokovnega stališča in vas bom prosil, da mi poveste o vaši izkušnji z zdravilom. Pozanimal se bom tudi za mnenje o učinkih zdravila na vas pri ljudeh, ki živijo z vami. Če bo celotna izkušnja pozitivna, bom poiskal najprimernejšo dozo zdravila in vam svetoval, da za določen čas nadaljujete z uporabo zdravila. Če bo celotna slika negativna, bova z zdravilom prenehala in poskusila drugače. Ne morem napovedati, kaj se bo zgodilo. Vendar pa si zapomnite, da je telo, na katero to zdravilo učinkuje, vaše. Bodite pozorni. Ne morem vas prisiliti, da jemljete zdravilo. Morali pa bi mu dati možnost za pošten preizkus. Samo vi lahko to storite. Delati morava kot tim. Končna odločitev bo vaša. Rad, da bi bila ta odločitev odgovorna in na osnovi vaše izkušnje s tem zdravilom."

Čeprav bo opis možnih učinkov različen od zdravila do zdravila, je osnovni pristop kot "eksperiment na sebi" enak za vsa zdravila. V teh pogovorih pomaga, če ugotovimo katero drogo je uporabnik predhodno užival - najbolj pogost je alkohol - in jo uporabimo kot poučni primer. Ker proces jemanja zdravil vključuje zelo močne in potencialno toksične sestavine, ga je treba vzeti zelo resno. Najpomembneje je, da klinični delavec z vso resnostjo obravnava uporabnikove izkušnje in vprašanja. Pripravljenost za jemanje zdravil je ponavadi vprašanje odnosa. Če pravilno postopamo, jemanje zdravila ne bi smelo predstavljati resnejšega problema med kliničnim delavcem in in uporabnikom. Če nastopi nesoglasje, mora klinični delavec ugotoviti, kaj je storil takega, kar je spodkopalo njuno sodelovanje na poti k skupnemu cilju: pomagati uporabniku postaviti življenje nazaj na tirnice.

3. Imej na razpolago alternativne oblike psihosocialne pomoči

Brez drugih alternativ je zdravljenje z nevroleptiki skoraj neizbežno. Ker razmerje med tveganjem in koristmi navadno ne opravičuje dolgoročne uporabe nevroleptikov, bi morali razviti vrsto strategij in uslug, ki bi jih lahko uporabili namesto nevroleptikov. To velja tudi za druge psihofarmake, čeprav njihova dolgoročna toksičnost ni tako velika kot pri nevroleptikih.

UPORABA NEVROLEPTIKOV

Naši pogledi o tem se razlikujejo od prevladujočega etosa v današnjem duševnem zdravju v skupnosti, v katerem obravnavajo psihofarmake, še posebno nevroleptike za shizofrenijo, kot nujno potrebne za prakso duševnega zdravlja v skupnosti. Njihovi dejanski in mitični učinki so prikazani spodaj. Ker je dyskinesia tardiva izjemno težka in destruktivna iatrogenična motnja, si v primeru, da lahko priskrbimo primerno socialno okolje, vsak na novo identificirani psihotik zasluži priložnost za okrevanje brez uporabe neuroleptikov. Podatki jasno kažejo, da lahko večina na novo diagnosticiranih psihotikov okreva brez nevroleptikov (Bleuler, 1968; Huber et al., 1980; Mosher & Menn, 1978).

Nevroleptiki: znani učinki

1. Zmanjšajo "pozitivne" simptome (npr. halucinacije)
2. Skrajšajo bivanje v bolnišnici
3. Zmanjšajo pogostost ponovnega sprejema
4. Povzročajo dyskinesio tardivo
5. Povečujejo zanimanje za shizofrenijo
6. Ustvarjajo velike dobičke farmacevtskim koncernom.

Nevroleptiki: mitični učinki

1. Izpraznitev psihiatričnih bolnišnic
2. Spremenjeni odstotki za dolgoročno socialno okrevanje pri shizofreniji
3. Povečano učenje veščin obvladovanja stresa
4. Vpliv na specifično etiologijo shizofrenije
5. Lahko zmanjšajo število ponovnih sprejemov, če je redno jemanje zdravil zagotovljeno

Ti podatki nas vodijo do zaključkov: najprej je treba poskusiti s psihosocialno obravnavo, šele potem se zatečemo k nevroleptikom. Ne verjamemo v zdravljenje z rutinskim vzdrževanjem na nevroleptikih. Naši argumenti so:

- odstotek recidivov v dveh letih pri na slepo izbranih dvojno-slepih študijah ob oralno uporabljanih nevroleptikih je 70-80 % v placebo pogojih in 40-50% za osebe, vzdrževane na nevroleptikih. (Davis, 1980).
- Pri 5 % oseb, vzdrževanih na nevroleptikih se na leto pojavi dyskinesia tardiva. To pomeni, da se bo v petih letih pri približno 25 % novih oseb, ki jemljejo nevroleptike pokazala ta motnja (Kane et al., 1984).

Na podlagi teh podatkov lahko zaključimo, da razmerje rizik/korist ni naklonjeno dolgotrajnemu jemanju nevroleptikov.

To je seveda razumljivo stališče. Preizkus te hipoteze je primerjava med uporabniki, ki dobivajo nevroleptike v obliki injekcij in tistimi, ki jih uživajo oralno. Če je pripravljenost jemanja zdravil kritična spremenljivka, bi morali pri tistih, ki prejemajo injekcije, najti bistveno manjši odstotek recidivov, kot pri onih, ki prejemajo zdravila oralno. O tem vprašanju so bile izvedene štiri obsežne raziskave, od katerih sta bili dve izredno dobro načrtovani (Hogarty, Schooler, Ulrich, Mussare, Ferro in Herron (1979) in Rifkin, Quitkin, Rabiner in Klein (1977)). Rezultati vseh štirih so neverjetno podobni. Odstotek recidivov med osebami, ki so jemale nevroleptike oralno, se prav nič ne razlikuje od tistega, ki so ga našli pri osebah, ki so dobivale nevroleptike z injekcijami. Ugotovili so tudi, da jemanje nevroleptikov v obliki injekcij povzroča več neprijetnih stranskih učinkov kot oralna uporaba. Kakšne so klinične implikacije teh raziskav?

1. Za 40-50% pacientov, ki so že v sistemu, in doživljajo recidive kljub jemanju nevroleptikov, je neodgovorno večati tveganje dyskinesie tardive s postopnim povečevanjem količine zdravil ali z vztrajnim iskanjem novih in novih nevroleptikov. Pri teh osebah je mnogo bolj smiselno usmeriti se na njihovo socialno okolje, z namenom, da zmanjšamo stres. Nesporno je dokazano, da se pri ljudeh, ki živijo v družinah z visoko stopnjo sovražnosti in kritičnosti, veliko bolj pogostoje ponavljajo recidivi, kot pri tistih, ki živijo v družinah z nizko stopnjo teh značilnosti (Leff & Vaughn, 1980, 1987; Vaughn, Snyder, Jones, Freeman & Falloon, 1984). Uporabnika, ki živi v neustreznem okolju, bi lahko vzpodbudili, da se preseli in mu pri tem pomagali. Lahko bi tudi začeli z družinsko intervencijo, s katero bi pomagali izboljšati neugodne razmere, ki povzročajo stres. Možno je tudi, da bi osebi priskrbeli neko aktivnost, ki bi omejila neposreden stik z družino na minimum. Premišljena skrb za socialno okolje vseh uporabnikov, ne glede na diagnozo, bi morala delavce v duševnem zdravju pripeljati do ključev za razvoj individualiziranih psihosocialnih intervencijskih strategij, ki bi omogočale popolno izognitev zdravljenju z nevroleptiki ali pa vsaj njihovo minimalno uporabo.
2. Uporabnike, ki ne jemljejo nevroleptikov, a so v nevarnosti, da bi doživeli recidiv, bi morali vključiti v terapevtske odnose, v katerih bi lahko razpravljali o njihovem specifičnem vzorcu razvoja norosti. Če je odnos dober, bodo uporabniki pripravljeni povedati terapevtu, če so v nevarnosti, da se

jim bo zmešalo in zakaj. Na tej točki je možen pogovor o alternativah, od katerih bi moralo biti zdravljenje z nevroleptiki le ena od možnosti.

Če se izkaže, da je zdravljenje z nevroleptiki edina možnost, bi morali izbrati strategijo, po kateri zdravimo le poslabšanje simptomov. Pri takem načinu zdravljenja ni prav nič več recidivov kot pri dolgotrajnem jemanju nevroleptikov. Osebe, ki še niso jemale nevroleptikov, se hitreje odzovejo na zdravlila in preživijo manj časa v bolnišnici, če so ponovno hospitalizirane (Carpenter et al., v tisku). Carpenter je pred kratkim ugotovil tudi to, da ta strategija zdravljenja bistveno zmanjša tveganje nastanka dyskinesie tardive, čeprav so bili njegovi uporabniki pod vplivom zdravil približno 50% časa. Tovrstno "tarčno" strategijo zdravljenja podpirajo tudi klinične in raziskovalne ugotovitve, da je norost v različnih časovnih obdobjih različno izražena. Zdrava pamet nam pove, da je zdravljenje ljudi z zelo močnimi zdravili v intervalih "dobrega stanja" nespametno.

3. Če psihosocialni programi niso izvedljivi in so uporabniki pogosto ponovno hospitalizirani kljub "tarčni" strategiji, lahko poskusimo vzdrževanje na čim manjši možni dozi nevroleptikov. Več raziskovalcev (Kane, 1983, 1984, 1987; in Marder, Van Putten, Mintz, Lebell, McKenzie & May, 1987) je ugotovilo, da je ta strategija skoraj tako učinkovita v preprečevanju recidivov kot običajna doza, ima pa veliko manj stranskih učinkov in jo uporabniki veliko bolj sprejemajo.

Ugotovili smo, da je zelo težko popolnoma prenehati z uporabo nevroleptikov celo pri relativno stabilnih, v skupnost vključenih uporabnikov, če so jih nepretrgoma jemali več let. Nismo prepričani, ali je tako zato, ker so njihovi dopaminski receptorji sestradani, ali zaradi resničnega abstinenčnega sindroma. Deset dni do dva tedna po prenehanju jemanja nevroleptikov, se je pri večini uporabnikov pojavilo stanje, ki je bilo videti kot začetek psihoze. (Chouinard, Bradwejn, Jones & Ross-Couinard, 1984; Gardos, Cole & Torey, 1978; Luchons, Freed & Wyatt, 1980). Da bi se izognili posledicam resnejše krize pri osebah iz skupnostno-osnovanega socialnega polja, smo skoraj prenehali poskušati s *popolnim* odvajanjem uporabnikov od nevroleptikov. Namesto tega, poskušamo zmanjšati njihovo količino na približno 25 mg thorazinskega ekvivalenta na dan. To ponavadi zadovoljuje dopaminske receptorje, če smo na koncu daljšega procesa odvajanja in je stopnja socialnega stresa nizka.

Uporaba litija in antidepresivov

Zadnji podatki dokazujejo, da je zdravljenje manično-depresivnih oseb z litijem kot tudi zdravljenje depresivnih oseb z antidepresivi le redko uspešno. Pri prvi skupini je neuspešno zdravljenje 62%, pri drugi pa 51%. Zaradi tega in zaradi znane ledvične toksičnosti litija ter smrtnih učinkov antidepresivov, če so uporabljeni za samomorilne namene, bi se morali resno zamisliti nad uporabo teh substanc.

ZAKLJUČKI

Ni potrebno, da gledamo na zdravila in psihosocialne intervencije kot na izključujoče se možnosti. Zdravila bodo bolj učinkovita, če jim bomo uporabljali v pozitivnem kontekstu kot v antagonističnem. V vsakem primeru pa so lahko v mnogih situacijah psihosocialne intervencije enako ali celo bolj učinkovite kot zdravila, če jih pravilno izvajamo. Problem je, da je zelo lahko predpisovati zdravila, medtem ko so psihosocialne intervencije veliko bolj zapletene, drage in zahtevajo veliko truda.

Duševno zdravje v skupnosti je psihosocialno. Naše stališče je psihosocialno. Psihotropičnih zdravil se ne da kar tako odpraviti, zato jim je treba poiskati mesto v celovitem pristopu. Ne smemo pa se preveč zanašati nanje. Nezdravniki preveč nekritično sprejemajo njihovo uporabo zaradi vpliva zdravnikov. Nezdravniški del duševnega zdravlja v skupnosti bi moral poznati njihovo vrednost kot tudi pomanjklivosti. Ti delavci bi se morali naučiti postavljati vprašanja zdravnikom tako, da bodo postala načela predpisovanja zdravil predmet razprav.

Mnenje, da so zdravila izključno področje zdravnikov, je napačno. Po drugi strani tudi drži, da so zdravniki preveč usmerjeni na zdravila, medtem ko puščajo skrb za psihosocialne komponente vsem ostalim. Uporabniki pa so tisti, ki trpijo zaradi te neusklajenosti stališč.

Viri:

Mosher, L. R., Burti, L. (1989), Community mental health: Principles and Practice. New York, Norton. Chapter 5. Is Psychotropic drug dependence really necessary?

KAJ POMENI BITI DUŠEVNI BOLNIK

V priročniku Zveze duševnih bolnikov ZDA lahko najdemo med drugimi tudi naslednje "definicije":

Biti duševni bolnik pomeni biti stigmatiziran, patroniziran, psihiatriziran,...

Biti duševni bolnik pomeni, da tvoje življenje nadzorujejo vsi drugi razen tebe.

Neprestano te opazujejo : tvoj psihiater, prijatelji, družina, nato pa dobiš diagnozo, da si paranoiden.

Biti duševni bolnik pomeni, da živiš s stalno grožnjo in možnostjo, da te zaprejo, kadarkoli, zaradi skoraj kakršnega koli razloga.

Biti duševni bolnik pomeni jemati zdravila, ki te poneumljajo, mrtvičijo tvoje čute, povzročajo, da se opotekaš in delaš grimase, nato pa jemati še več zdravil, da zmanjšaš "stranske učinke".

Biti duševni bolnik pomeni, da si nepomemben.

Biti duševni bolnik pomeni, da si le številka.

Biti duševni bolnik pomeni nositi oznako, ki se je nikoli ne znebiš, ki pove malo o tem, kaj si in še manj, kdo si.

Biti duševni bolnik pomeni, da nikoli ne poveš, kaj misliš, zveneti pa mora tako, kot da misliš tisto, kar poveš.

Biti duševni bolnik pomeni, da rečeš svojemu psihiatru, da ti pomaga, čeprav ti ne.

Biti duševni bolnik pomeni delati se veselega, kadar si žalosten in mirnega, kadar si besen.

Biti duševni bolnik pomeni sodelovati v bedastih skupinah, ki se imenujejo terapija. Glasba ni glasba, temveč glasbena terapija, telovadba ni šport, temveč terapija, šivanje je terapija, itd.

In tako postaneš nič (no thing) v ne-svetu (no-world) in te ni.

PRAVICE UPORABNIC IN UPORABNIKOV

Vsak uporabnik in uporabnica psihiatrične ustanove

IMA PRAVICO:

- do enakovredne obravnave ne glede na socialni status, narodnost, vero, spol, spolno orientacijo, bolezen in življenjski stil;
- do ohranjanja svojih stališč in vrednot ter do definiranja svojih potreb;
- izvedeti podrobne informacije o učinkih zdravil, ki jih dobiva;
- zavrniti oblike zdravljenja, s katerimi se ne strinja (npr. ECT);
- do spoštljivega ravnanja s strani osebja;
- do zamenjave zdravnika, ki teh pravic ne upošteva;
- da kot uporabnica zahteva v obravnavi strokovno osebje, ki je ženskega spola;
- da se pritoži nad izvajanjem fizičnega, psihičnega in spolnega nasilja brez nevarnosti, da bi prišlo do maščevanja ali viktimizacije;
- do sodelovanja v verskih obredih oz. do obiska duhovnika.

NIHČE NIMA PRAVICE:

- da vas upokoji, če ste odsotni z dela manj kot dve leti;
- da namesto vas odloča o življenjsko pomembnih vprašanjih;
- da vas kaznuje zaradi neposlušnosti;
- da izvaja nad vami psihično ali fizično nasilje;
- da vas spolno nadleguje;
- da vas prisili k delu, ki ga ne želite opravljati;
- prisiliti vas, da v primeru prisilne hospitalizacije podpišete izjavo, da ste prišli prostovoljno.

Pooblaščen osebje te zdravstvene ustanove je dolžno brez odlašanja, najpozneje pa v 48 urah, o tem obvestiti Temeljno sodišče (čl. 71/I, Zakon o nepravdnem postopku, R 30/86, 20/88 popr./).

Sodišče je dolžno brez odlašanja, najpozneje pa v 3 dneh po sprejemu obvestila, obiskati pridržano osebo in jo zaslišati (čl. 74).

Sodišče zasliši tudi zdravnike in druge osebe o duševnem stanju pridržane osebe (čl. 75/I).

Sodišče je tudi dolžno odrediti, da pridržano osebo pregleda zdravnik specialist psihiater iz druge zdravstvene organizacije (čl. 75/II).

Le sodišče sme odrediti (s sklepom o pridržanju), da se pridržana oseba še nadalje pridržuje (a največ za skupaj 1 leto) (čl. 76/I, II).

Sklep o pridržanju mora sodišče vročiti med drugim pridržani osebi in obč. organu socialnega skrbstva (čl. 77/I).

Zoper sklep o pridržanju se lahko pritoži npr. pridržana oseba, njen zakoniti zastopnik ali skrbnik, organ občinske skupnosti socialnega skrbstva, zakonec, bližnji sorodnik. Pritožbo je potrebno vložiti v treh dneh. (čl. 77/II, III).

NAJBOLJŠI ZAGOVORNIK SVOJIH PRAVIC STE VI SAMI!

ZAHTEVAJTE, DA SE VAŠE PRAVICE SPOŠTUJEJO!

Skupina za zagovorništvo pri Odboru za družbeno zaščito norosti, je po vzoru podobnih projektov po svetu sestavila seznam minimalnih pravic, ki so jih dolžni upoštevati vsi, ki so v stiku z uporabnikom.

Franc Dobovičnik

PRAVNA IN POSLOVNA SPOSOBNOST, SKRBNIŠTVO TER VAROVANJE ČLOVEKOVIH PRAVIC

Uvod:

Po 1. odst. 14. člena Ustave Republike Slovenije / Ur. list RS, št. 33, 1991/, so v Sloveniji vsakomur zagotovljene enake človekove pravice in temeljne svoboščine, ne glede na narodnost, raso, spol, jezik, vero, politično in drugo prepričanje, gmotno stanje, rojstvo, izobrazbo, družbeni položaj ali katerokoli drugo osebno okoliščino.

Ta določba ustave torej pomeni, da so v skladu z 2. odst. 14. člena ustave pred zakonom enake tudi tiste fizične osebe, ki so pravno in poslovno sposobne, kakor tudi tiste osebe, ki zaradi različnih osebnih okoliščin niso poslovno sposobne.

Po splošnih načelih našega civilnega prava namreč civilna osebnost pomeni, da ima človek kot posameznik (fizična oseba) pravno sposobnost, nadalje pa tudi sposobnost za dejanja (voljna sposobnost), kar vključuje poslovno in krivdno (deliktno) sposobnost. Enoten pojem, ki zajema pravno sposobnost in sposobnost za dejanja, opredeljuje pojem osebne sposobnosti.

Pravna sposobnost:

Pravna sposobnost pomeni biti subjekt pravic in obveznosti. Za fizične osebe - posameznike - velja v našem pravu načelo splošne in enake pravne sposobnosti. Pravna sposobnost nastane z otrokovim rojstvom, preneha pa ta sposobnost s smrtjo fizične osebe.

Po našem pravu ima torej vsaka fizična oseba, torej vsak posameznik splošno pravno sposobnost. Nekateri zakoni pa opredeljujejo še posebne pravne sposobnosti, kot npr.: oporočna sposobnost po zakonu o dedovanju, avtorskopravna sposobnost po zakonu o avtorski pravici in sposobnost priznanja očetovstva po zakonu o zakonski zvezi in družinskih razmerjih.

Poslovna sposobnost:

Poslovna sposobnost (sposobnost za dejanja) je sposobnost osebe, da samostojno sklepa pravne posle in da sama pridobiva pravice in prevzema tudi obveznosti.

Po našem pravu se poslovna sposobnost pridobi s polnoletnostjo, to je z izpolnjenim 18. letom starosti.

Pred izpolnjenim 18. letom starosti, postane mladostnik poslovno sposoben po zakonu o zakonski zvezi in družinskih razmerjih s sklenitvijo zakonske zveze. Gre za pridobitev poslovne sposobnosti po samem zakonu pri mladoletniku, ki postane roditelj, če so zato podani utemeljeni razlogi (gre za pridobitev poslovne sposobnosti po odločbi sodišča).

Naše pravo pa prav tako pozna primere, ko mladoletnik kljub izpolnjenemu 18. letu starosti ne postane poslovno sposoben. To je takrat, ko pristojno sodišče v postopku za podaljšanje roditeljske pravice v smislu zakona o zakonski zvezi in družinskih razmerjih ugotovi, da mladoletnik zaradi telesne ali duševne prizadetosti ni sposoben skrbeti zase, za svoje pravice in druge pravne koristi. Po našem pravu se torej poslovna sposobnost pridobi z izpolnjenim 18. letom starosti in lahko takšna oseba samostojno sklepa pravne posle, pridobiva pravice in v skladu s sklenjenimi pogodbami prevzema tudi obveznosti.

Zaradi varstva pravic in interesov tako prizadetih fizičnih oseb, kakor tudi zaradi varnosti pravnega prometa, so po našem pravu predvideni posebni postopki, v katerih se ugotavlja stanje voljne nesposobnosti. Pravna posledica pravnomočne sodne odločitve o ugotovljeni voljni nesposobnosti, je splošna poslovna nesposobnost fizične osebe.

Do pravnega položaja, v katerem polnoletna oseba nima poslovne sposobnosti, vodita dva postopka, in sicer že omenjeni postopek za podaljšanje roditeljske pravice po zakonu o zakonski zvezi in družinskih razmerjih, in postopek za odvzem poslovne sposobnosti po zakonu o nepravdnem postopku.

Skrbništvo za osebe, ki jim je odvzeta poslovna sposobnost

Ko je odločba pristojnega sodišča o odvzemu poslovne sposobnosti pravnomočna, je treba takšno fizično osebo postaviti pod skrbništvo in ji določiti oskrbnika, ki takšno osebo zastopa pri sklepanju pravnih poslov in tudi sicer skrbi za zavarovanje njenih pravic in pravnih koristi.

Po 1. odst. 9. člena zakona o zakonski zvezi in družinskih razmerjih je namreč skrbništvo posebna oblika družbenega varstva, ki je namenjeno mladoletnikom, za katere starši ne skrbijo in tudi polnoletnim osebam, ki niso sposobne same skrbeti zase, za svoje pravice in pravne koristi.

Po 50. členu zakona o nepravdnem postopku lahko pristojno sodišče glede na stopnjo ugotovljene nesposobnosti odvzame osebi poslovno sposobnost delno ali popolno.

Odločba, s katero sodišče odvzame poslovno sposobnost je konstitutivne narave, saj se z njo spreminja oz. na novo oblikuje pravni status takšne osebe. Pred izdajo sodne odločbe je bila takšna oseba poslovno sposobna, z izdajo sodne odločbe pa postane poslovno nesposobna.

V primeru, da sodišče izda odločbo o popolnem odvzemu poslovne sposobnosti, ima skrbnik takšne osebe pravice in dolžnosti skrbnika mladoletnika, ki še ni star 15 let.

V primeru pa, ko sodišče izda odločbo o delnem odvzemu poslovne sposobnosti, ima po 2. odst. 208. člena zakona o zakonski zvezi in družinskih razmerjih skrbnik takšne osebe pravice in dolžnosti skrbnika mladoletnika, ki je že star 15. let. Pristojni center pa lahko tudi odloči, katere posle lahko oseba, ki ji je bila delno odvzeta poslovna sposobnost, opravlja samostojno, torej brez skrbnikovega dovoljenja, oziroma kasnejše odobritve.

Zakon o zakonski zvezi in družinskih razmerjih normira področje skrbništva v 6. poglavju zakona, kjer so opredeljeni nameni skrbništva, določeni pogoji za osebo, ki je lahko skrbnik, prav tako pa zakon določa pristojnosti centrov za socialno delo, nadalje pa so opredeljena tudi razmerja med skrbnikom, varovancem in pristojno socialno službo.

Namen zakonodajalca je bil prav gotovo in zanesljivo v tem, da se zagotovi varstvo varovančeve osebnosti, njegovih pravic in pravnih koristi, prav gotovo pa tudi v zavarovanju njegovih pravic na premoženjskem področju. Vendar pa praksa na tem področju zaradi pomanjkanja oseb, ki bi bile pripravljene sprejeti vlogo skrbnika, zaradi obremenjenosti socialnih delavcev in njihove povečane odgovornosti zaradi odločanja o zelo pomembnih zadevah poslovno nesposobne osebe, v številnih primerih ne dosega ravni pravnega varovanja, ki jo določa zakon o zakonski zvezi in družinskih razmerjih, zanesljivo pa je pod ravnijo varovanja pravic in temeljnih svoboščin, ki jo določa Ustava Republike Slovenije.

Zaključek:

Zaradi zavarovanja pravic in pravnih koristi oseb, ki so poslovno nesposobne, je treba tem osebam zagotoviti strokovno pomoč varuha človekovih pravic in temeljnih svoboščin v smislu 159. člena Ustave Republike Slovenije in tudi strokovno pomoč zagovornika, saj gre pri postopku za odvzem poslovne sposobnosti, kakor tudi pri instituciji skrbništva, kot pravni posledici odvzema poslovne sposobnosti, na eni strani za poseg v osebno strukturo posamezne osebe, na drugi strani pa za poseg v njeno civilno osebnost ter njene človekove pravice in temeljne svoboščine, pri čemer ne gre prezreti tudi premoženjskih in morebiti še kakšnih drugih motivov sorodnikov prizadete osebe in morebitnih interesov tretjih oseb.

Viri:

1. Prof. dr. Alojzij Finžgar: Osebe civilnega prava, Ljubljana, 1967
2. Dragica Wedam - Lukić in Ada Polajnar - Pavčnik: Nepravdni postopek - zakon s komentarjem, Ljubljana, 1991
3. Ustava Republike Slovenije, Ur. list RS, št. 33, 1991
4. Zakon o zakonski zvezi in družinskih razmerjih, Ur. list RS, št. 15, 1976 in 1, 1989
5. Zakon o nepravdnem postopku, Ur. list RS, št. 30, 1986

Peter Modic

O PRISILNI HOSPITALIZACIJI

(Pravni predpisi slovenskega pravnega sistema: kratek povzetek)

Uvod

Predstavil bom postopek prisilne hospitalizacije, s stališča "Zagovorništva", ki deluje pri Odboru za družbeno zaščito norosti. Omejil se bom na segment tega postopka, to je na pridržanje osebe brez privolitve.

Drug naziv za ta postopek je tudi: pridržalni postopek. Uraden naziv je: postopek o pridržanju oseb v psihiatričnih zdravstvenih organizacijah.

Razviden bo tudi pravni položaj pridržane osebe ter zdravstvene organizacije (pravice, dolžnosti) ter ocena o tem, ali je potrebno obstoječe predpise spremeniti.

Gre za splošen prikaz, podrobnosti ne navaja.

Sestavek je smiselno enak ustnemu prikazu na tribuni v CD v Ljubljani dne 21. 12. 1992.

Opredelitev

Prisilna hospitalizacija je pridržanje posameznika po psihiatrični zdravstveni organizaciji na zaprtem oddelku brez njegove privolitve zaradi *zdravljenja* (t.i. začetno pridržanje) ali/in nadaljnje pridržanje zaradi *varnosti* (sodno pridržanje: na podlagi sodne odločbe).

Pravna osnova

(V glavnem) Zakon o nepravdnem postopku (ZNP, R 30/86, 20/88- popr.: 7. pogl., čl. 70-81). Pomembni so tudi drugi predpisi, razvidni v nadaljevanju.

Pogoji za pridržanje

Zakon pooblašča zdravstveno organizacijo za *začetno pridržanje* (čl. 71/I): zdravstvena organizacija samostojno odloča o tem pridržanju, ima pa dolžnost notifikacije na sodišče. (Osnovni) zakonski pogoj je, da zdravstvena organizacija oceni, da je treba "osebo pridržati na zdravljenje" (čl. 71/I).

Za *sodno pridržanje* (torej ev. nadalnje pridržanje, ko je predhodno zdravstvena organizacije že "pridržala osebo na zdravljenju") je prisotno sodišče. Sodišče odloči, da se oseba še nadalje pridržuje, če so izpolnjeni naslednji pogoji (čl. 70):

- če gre za določeno duševno bolezen ali duševno stanje
- če je zato nujno potrebna določena izolacija (omejena svoboda gibanja ali preprečitev zunanjih stikov)
- in če gre za ogrožanje življenja ali povzročanje hude škode

Če ti pogoji (kumulativno) niso izpolnjeni, sodišče osebo odpusti (čl. 76/I).

Pridržati se sme osebo najdlje za 1 leto (čl. 76/II); na predlog zdravstvene organizacije se, zaradi zdravljenja, ta rok lahko zopet podaljša za do 1 leta, kar se lahko ponavlja (čl. 79/I).

Možen je tudi predčasen odpust iz zaprtega oddelka (pred potekom roka, ki ga je bilo odločilo sodišče), če sodišče (na predlog upravičenih oseb - čl. 80, ali po uradni dolžnosti) ugotovi, da so prenehali vzroki za pridržanje.

Postopek

Postopek se začne s "pridržanjem osebe na zdravljenju" (pridržanje izvede zdravstvena organizacije) brez njene privolitve. (Določeno je, kdaj se šteje, da privolitve ni: čl. 71/III).

Zdravstvena organizacija mora obvestiti sodišče o izvršenem pridržanju najkasneje v 48 urah.

Sodišče najpozneje v 3 dneh po obvestilu obišče in zasliši pridržano osebo.

Sicer pa sodišče začne postopek po *uradni dolžnosti takoj*, ko na kakršenkoli način izve za pridržanje (čl. 73/III).

Postopek je tajen. Stroški bremene sodišče.

O postopku obvesti sodišče Center za socialno delo, zdravstveno organizacijo in domače (čl. 73/III).

Sodišče "zasliši" ordinirajoče zdravnike in druge osebe (čl. 75/I).

Sodišče "odredi" tudi pregled osebe po specialistu psihiatru iz druge zdravstvene organizacije (čl. 75/II).

Sodišče nato "odloči", ali se oseba še nadalje pridrži ali pa se odpusti (mora odločiti najpozneje v 30 dneh od obvestila po zdravstveni organizaciji - čl. 76/II).

Sodna odločba (sklep) se vroči pridržani osebi, njenemu zastopniku ali skrbniku, Cenrtu za socialno delo in zdravstveni organizaciji (čl. 77).

Zoper sklep je možna pritožba. Pritožniki: so naštet v čl. 77/II (med drugim tudi: center za socialno delo). Rok za pritožbo je 3 dni. Drugostopno sodišče odloči v 3 dneh. Možna je revizija.

Ustavni okvir

Po Ustavi RS, čl. 19, ima uporabnik, kateremu je "odvzeta prostost" (kar se zgodi pri prisilni hospitalizaciji - začetnem pridržanju) pravico:

- do obravnave v jeziku, ki ga razume
- da je takoj poučen, da ni dolžan ničesar izjaviti
- do *takojšnje pravne pomoči zagovornika, ki si ga svobodno izbere*

(Zagovornik - pravnik ima pravico takoj obiskati uporabnika na zaprtem oddelku. Uporabnik pa ga lahko takoj veljavno pooblasti za pravna ali druga dejanja: vložitev tožbe, sporočilo javnim medijem, itd.)

Poleg tega utegnejo biti pomembna še nadaljna ustavna določila:

- prepoved mučenja, čl. 18
- varstvo človekove osebnosti in dostojanstva, čl. 21
- pravica do povračila škode, čl. 26 (v kolikor gre za "nosilca javnih pooblastil" ali "državni organ" - povzročitelj škode je "državni organ"; sicer pa ne glede na to obstaja takšna pravica po *zakonu* po splošnih načelih)
- pravica do rehabilitacije in odškodnine, čl. 30
- svoboda gibanja, čl. 32
- pravica do osebnega dostojanstva in varnosti, čl. 34
- varstvo pravic zasebnosti in osebnostnih pravic, čl. 35

Vse to so: "človekove pravice in temeljne svoboščine" (2. poglavje Ustave RS, čl. 14-65), zato so neposredno uporabljive (čl. 15/I).

Tolmačenje posameznih določb zadevnih predpisov (nekaterih ključnih točk).

Zgoraj navedene temeljne človekove pravice iz ustave ("človekove pravice in temeljne svoboščine" iz 2. poglavja Ustave RS) so (torej) neposredno uporabljive, kar pomeni, da niso nujni (čeprav morda zaželeni za optimalno rabo) nadaljni izvedbeni predpisi, ampak se uporabnik lahko sklicuje nanje (ali zagovornik v njegovem imenu) že takoj; te pravice je zato možno sodno uveljaviti, če se kršijo.

V postopku sodnega pridržanja (torej v drugi fazi pridržanja, ko se v postopek vključi sodišče) začne sodišče postopek po *uradni dolžnosti takoj*, ko na kakršenkoli način izve za pridržanje (čl. 73/II). To pomeni, da sme sodišče o pridržanju obvestiti katerakoli oseba, ki za to ve, npr. zagovornik, uslužbenec centra za socialno delo, zastopnik pridržane osebe, sodišče pa mora takoj začeti s postopanjem. Ni torej nujno, in bi bilo tudi napačno, da bi sodišče čakalo na notifikacijo s strani zdravstvene organizacije in bi šele potem začelo s sodnimi dejanji. Sodišče mora tudi takoj začeti s temi dejanji /zaslišanje uporabnika in drugo) in ni dopustno, da bi sodišče redoma opravilo potrebna dejanja šele od iztekanju roka (ki je 3-dneven) ali da bi ga celo prekoračilo. Sodišče si mora delo organizirati tako, da bo poslovanje zakonito, to je v okviru zakonsko postavljenih rokov.

V postopku sodnega pridržanja "zasliši" sodišče ordinirajoče zdravnike in druge osebe (čl. 75/I);

nadalje "odredi" tudi pregled osebe po specialistu psihiatru iz druge zdravstvene organizacije (čl. 75/II);

nato "odloči", ali se oseba še nadalje pridrži ali pa se odpusti (mora odločiti najpozneje v 30 dneh od obvestila po zdravstveni organizaciji - l. 76/II).

V vseh teh primerih (namreč, ko je v zakonu zapisano, da sodišče "zasliši", "odredi" oz. "odloči") gre za pravico in dolžnost sodišča, tako ravnati. Sodišču načelno ni puščeno, da bi ravnalo ev. drugače, četudi bi mislilo, da konkreten primer ne zahteva takega ravnanja.

Kaj lahko stori zagovornik?

Kljub določenim pomanjkljivostim obstoječe pravne ureditve pridržalnega postopka lahko storimo marsikaj že sedaj.

Povsem splošno velja, da lahko zagovornik v kakršnem koli primeru nepravilnosti (ko zdravstvena organizacija ali sodišče ne ravna tako, kot je predpisano) nanjo opozori pristojnega (službojočega, dežurnega) delavca: zdravnika, sodnika - in zahteva, da ravna po predpisih.

Zagovornik lahko o nepravilnostih obvesti javnost prek sredstev javnega obveščanja.

Lahko pa tudi sproži civilne in kazenske postopke zoper kršitelje norm.

V nadaljevanju o tem podrobneje:

1. Primerno je, da se ob opaženi nepravilnosti čimprej o tem obvesti neposrednega službojočega delavca.

Nadaljnji, stopnjevani ukrep je - če je potreben - da zagovornik obvesti o napaki (in ignoriranju že izrečenega opozorila) predstojnika tega službojočega delavca ali predstojnika ustanove (bolnišnice, temeljnega sodišče).

Zagovornik lahko urgira pri pristojnem ministrstvu zaradi napak zdravstvene organizacije ali sodišča, če dotedanja opozorila niso bila učinkovita.

2. Zagovornik lahko o nepravilnostih obvesti Center za socialno delo (pristojen za uporabnika gl. na njegovo/njeno stalno prebivališče; lahko tudi tisti center, na katerega območju je bolnišnica);

Če je to primerno, obvesti domače.

3. Zagovornik lahko o nepravilnostih obvesti javne medije (časopis, RTV) ter
4. Obvesti o nepravilnostih mednarodno javnost.

5. V primeru kršitev zakonskih/ustavnih norm (ali tudi podzakonskih predpisov, kjer ti obstoje) je lahko podana tudi odškodninska odgovornost ustanove (bolnišnice, sodišča), ki je ravnala napačno ali celo neposredna odgovornost konkretnega delavca, če je ta ravnal namenoma.

Odškodninska odgovornost je lahko podana predvsem pri kršitvah osebnostnih pravic (kršitvah temeljnih človekovih pravic), pa tudi pri kakršnikoli drugačni kršitvi norme, ki povzroči (premoženjsko ali nepremoženjsko) škodo uporabniku.

V primeru kršitev osebnostnih pravic uporabnika ima le-ta na voljo (ali zagovornik v njegovem imenu), poleg že omenjene civilne tožbe na odškodnino, še zahtevek na prepoved nadaljnjega protipravnega ravnanja (npr. prepoved nadaljnjega neprimerne ravnanja z uporabnikom), ev. zahtevek na vrnitev v prejšnje stanje in ev. druge različne zahtevke (odvisne od konkretne kršitve), ki bi merili na odpravo nepremoženjske, osebne škode.

6. Nepravilno ravnanje (npr. zdravstvene organizacije, ki je pridržala uporabnika na "zdravljenju") lahko predstavlja tudi kaznivo dejanje (npr. k.d. prisiljenja, neupravičenega odvzema prostosti). Zagovornik lahko tedaj sproži kazenski postopek (ali da pobudo zanj) zoper konkretnega zdravnika.
7. Če sodišče (v izvedenskem postopku, to je v drugi fazi - v postopku sodnega pridržanja) po mnenju zagovornika ni pravilno odločilo (ter je proti zakonu razsodilo, da se uporabnik še naprej pridrži), da lahko zagovornik pobudo pristojnemu centru za socialno delo, da naj le-ta vloži pritožbo.

Viri:

Zakon o nepravdnem postopku, 30/86

Zakon o nepravdnem postopku, 20/88

Ustava RS

Božena Pem Bauer

**PREDLOG ZA SPREMEMBO POSTOPKA O PRIDRŽANJU OSEB
V PSIHIATRIČNIH ZDRAVSTVENIH ORGANIZACIJAH**

(Ur.list RS, št. 30/86 in 20/88)

Glede na to, da je sedanji postopek o prisilnem pridržanju zelo pomankljiv, saj ne nudi skoraj nobenega pravnega varstva pridržanim osebam, bom v nadaljevanju predstavila najprej "stare določbe" zakona, takoj za njimi pa predlagane spremembe.

71. člen

Če pridrži zdravstvena organizacija osebo na zdravljenju v zaprtem oddelku brez njene privolitve ali brez odločbe sodišča, je dolžna pooblaščen oseba te organizacije brez odlašanja, najpozneje pa v 48 urah, o tem obvestiti temeljno sodišče na območju katerega je.

Obvestilo o pridržanju mora obsegati podatke o pridržani osebi, o njenem zdravstvenem stanju in o tem, kdo jo je pripeljal v zdravstveno organizacijo. Šteje se, da je oseba brez privolitve pridržana v zdravstveni organizaciji, če iz njenega vedenja, strokovnih spoznanj o njenem duševnem stanju in drugih okoliščin izhaja, da zmore izraziti svojo voljo in se dejansko ne želi zdraviti v zdravstveni organizaciji ali če iz strokovnih spoznanj o duševnem stanju pridržane osebe izhaja, da ne more izraziti svoje volje, ali če gre za pridržanje mladoletnika ali osebe, ki ji je odvzeta poslovna sposobnost.

SPREMEMBA:

V prvem odstavku 71. člena je treba izpustiti besedo zdravljenje, ker:

1. 70. člen omenja samo prisilno pridržanje brez zdravljenja
2. zdravljenje se ne sme začeti izvajati, dokler se pridržana oseba ni posvetovala z zagovornikom, ki ima enako vlogo kot zagovornik osebe, ki ji je odvzeta prostost v kazenskem postopku.

Pridržana oseba ima pravico do obvezne obrambe, kar pomeni, da se stroški zagovornika krijejo iz proračuna.

Pogoj sine qua non prisilnega pridržanja v psihiatričnih zdravstvenih organizacijah je **RESNA NEVARNOST** oz. **OGROŽANJE LASTNEGA IN TUJIH ŽIVLJENJ**, kar natančno določa 70. člen.

Spremenjen 71. člen bi glasil:

Zdravstvena organizacija lahko pridrži osebo v zaprtem oddelku samo z njeno privolitvijo ali privolitvijo njenega zagovornika oziroma na podlagi odločbe sodišča na območju katerega je.

Pridržana oseba ima za pridržanje iz 1. odstavka tega člena pravico do obvezne obrambe.

Obvestilo o pridržanju mora vsebovati podatke o pridržani osebi, o njenem zdravstvenem stanju, *utemeljene dokaze o izkazani resni nevarnosti* in o tem, kdo jo je pripeljal v zdravstveno organizacijo.

Tretji odstavek ostane nespremenjen.

73. člen/3. odstavek

O uvedbi postopka sodišče obvesti pristojni organ občinske skupnost socialnega skrbstva, zdravstveno organizacijo ter zakonca oziroma najbližnjega sorodnika pridržane osebe.

SPREMEMBA:

O uvedbi postopka sodišče takoj obvesti *zagovornika, pristojni center za socialno delo, zakonca oz. osebo, s katero pridržana oseba živi v dalj časa trajajoči življenjski skupnosti oz. najbližnjega sorodnika pridržane osebe* ter zdravstveno organizacijo.

74. člen:

V postopku o pridržanju sodišče brez odlašanja najpozneje pa v treh dneh po prejemu obvestila o pridržanju, obišče pridržano osebo v zdravstveni organizaciji in jo zasliši, razen če bi zaslišanje škodilo njenemu zdravljenju, ali če glede na njeno zdravstveno stanje to ni možno.

SPREMEMBA:

V tem členu je potrebno izpustiti rok treh dni, ker mora sodišče ukrepati nemudoma, to je takoj, ko izve za prisilno pridržanje.

Prav tako je potrebno izpustiti besede "razen če bi zaslišanje škodilo njenemu zdravljenju ali če glede na njeno zdravstveno stanje to ni možno" in sicer zato, ker:

1. ker 70. člen omenja samo prisilno pridržanje brez zdravljenja
 2. možna je subjektivna ocena o zdravstvenem stanju pridržane osebe s strani pristojnega zdravstvenega delavca, kar bi šlo na škodo njenih pravic
- Sodišče pridržane osebe ne sme zaslišati, če ni pri zaslišanju prisoten njen zagovornik.

Spremenjen 74. člen bi torej glasil:

V postopku o pridržanju sodišče *nemudoma obišče pridržano osebo v zdravstveni organizaciji in jo lahko zasliši samo v prisotnosti njenega zagovornika.*

76. člen/2. odstavek

Kadar odloči sodišče, da se oseba pridrži v zdravstveni organizaciji, določi čas pridržanja, ki ne sme biti daljši kot eno leto. Odločbo iz 1. odstavka tega člena izda sodišče brez odlašanja, najpozneje pa v 30 dneh po prejemu obvestila iz 1. odstavka 71. člena tega zakona.

SPREMEMBA:

Kadar odloči sodišče, da se oseba pridrži v zdravstveni organizaciji, določi čas pridržanja, ki ne sme biti daljši kot *tri mesece*. *Odločbo iz prvega odstavka tega člena izda sodišče brez odlašanja, najpozneje pa v štirinajstih dneh po prejemu obvestila iz prvega odstavka 71. člena.*

77. člen/1., 2. in 4. odstavek

Sklep o pridržanju vroči sodišče pridržani osebi, njenemu zastopniku oz. skrbniku, pristojnemu organu občinske skupnosti socialnega skrbstva in zdravstveni organizaciji.

Zoper sklepe o pridržanju se lahko pritoži pridržana oseba, njen zakoniti zastopnik ali skrbnik, pristojni organ občinske skupnosti socialnega skrbstva, zakonec oz. oseba, s katero pridržana oseba živi v dalj časa trajajoči življenski skupnosti, sorodnik v ravni črti in v stranski črti do drugega kolena ter zdravstvena organizacija.

Pritožba ne zadrži izvršitve sklepa.

SPREMEMBA:**77. člen/1., 2. in 4. odstavek**

Sklep o pridržanju vroči sodišče pridržani osebi, njenemu zagovorniku, skrbniku, pristojnemu centru za socialno delo in zdravstveni organizaciji.

Zoper sklep o pridržanju se lahko pritoži pridržana oseba, njen zagovornik, skrbnik, pristojni center za socialno delo, zakonec oz. oseba, s katero živi pridržana oseba v dalj časa trajajoči življenski skupnosti oz. najbližnji sorodnik pridržane osebe ter zdravstvena organizacija.

Pritožba zadrži izvršitev sklepa.

80. člen

Na predlog pridržane osebe, njenega zakonitega zastopnika, skrbnika, pristojnega organa občinske skupnosti socialnega skrbstva, zakonca oz. osebe, s katero pridržana oseba živi v dalj časa trajajoči življenski skupnosti, sorodnika v ravni črti in v stranski črti do drugega kolena ali po uradni dolžnosti, sodišče odloči, da se pridržana oseba odpusti iz zaprtega oddelka zdravstvene organizacije pred potekom roka, določenega v sklepu o pridržanju, če ugotovi, da so prenehali vzroki za pridržanje.

SPREMEMBA:

Na predlog pridržane osebe, njenega zagovornika, skrbnika, pristojnega centra za socialno delo, zakonca oz. osebe, s katero živi pridržana oseba v dalj časa trajajoči življenski skupnosti oz. najbližnjega sorodnika pridržane osebe ali po uradni dolžnosti, sodišče odloči, da se pridržana oseba odpusti iz zaprtega oddelka zdravstvene organizacije pred potekom roka, določenega v sklepu o pridržanju, če ugotovi, da so prenehali vzroki za pridržanje.

PREDLAGANI NOVI ČLENI**82. člen**

Če je pridržana oseba, njen zagovornik, skrbnik, pristojni center za socialno delo, zakonec oz. oseba, s katero živi pridržana oseba v dalj časa trajajoči življenski skupnosti oz. najbližnji sorodnik pridržane osebe uspela v postopku s pritožbo ali revizijo, ima pridržana oseba pravico do pravične odškodnine za povzročeno nematerialno škodo.

KAZENSKKE DOLOČBE:

83. člen

Z denarno kaznijo najmanj 50.000 tolarjev se kaznuje za prekršek zdravstveni zavod:

1. če brez soglasja pridržane osebe oziroma njenega zagovornika na njej izvede kakršen koli medicinski poseg in ni pridržane osebe oziroma njenega zagovornika predhodno obvestil o vseh možnih metodah diagnosticiranja in zdravljenja ter njihovih posledicah in učinkih

Opomba:

Zgoraj naveden člen je oblikovan na podlagi 47., 48. in 88. člena zakona o zdravstveni dejavnosti (Ur.lisr RS, št. 9/92).

84. člen

Delavec zdravstvene organizacije, se kaznuje za kaznivo dejanje protipravnega odzveva prostosti:

1. če se dokaže, da je osebo prisilno pridržal v zdravstveni organizaciji pri tem pa ni bil podan temeljni pogoj za pridržanje - resna nevarnost oz. ogrožanje lastnega ali tujih življenj
2. če ni v skladu z 1. odst. 71. člena o prisilnem pridržanju nemudoma obvestil zagovornika pridržane osebe in pristojno temeljno sodišče.

Opomba:

Zgoraj navedeni člen je oblikovan na podlagi 62. člena kazenskega zakona SRS (Ur.list SRS, št. 12/77, 19/84 in 33/89)

Viri:

Kazenski zakon SFR Jugoslavije in kazenski zakon Sr Slovenije, 1959

Ustava RS

Zakon o nepravdnem postopku R 30/86

Zakon o nepravdnem postopku 20/88

Tomaž Bratuša, Tina Štirn, Teodor Šučur

ALI SO NAŠI PRAVNICI PRIPRAVLJENI ZASTOPATI UPORABNIKE PSIHIJATRIJE ?

Zaradi izrednega pomena pravne pomoči uporabnikom psihijatrije smo izvedli raziskavo, v kateri smo poskušali ugotoviti, koliko so odvetniki pripravljene pomagati reševati tovrstno problematiko.

Naša začetna hipoteza je bila, da so odvetniki le v manjši meri pripravljene prevzeti primere uporabnikov.

Domnevali smo, da so pravniki dokaj ovirani z "ritualom", ki omogoča le psihiatrom pristojnosti pri odločanju o prištevnosti uporabnikov in verodostojnosti njihovih pričevanj. Poleg tega smo domnevali, da so pravniki s tem področjem razmeroma slabo seznanjeni in se boje tveganja.

Metoda

Vzorec smo oblikovali slučajno, s pomočjo telefonskega imenika, iz odvetniške populacije v Ljubljani in Mariboru. Poklicali smo 31 oseb, 19 moških in 12 žensk. Pri pogovoru smo se predstavili kot študentje psihologije in jim zastavili naslednja vprašanja

Ali ste pripravljene zastopati hospitalizirano osebo na sodišču?

Ali ste že imeli kak tak primer?

Koliko časa že opravljate odvetniško prakso?

Zabeležili smo tudi njihove pripombe, utemeljitve odgovorov...

Pripravljenost zastopanja

	Ž		M		VSI	
	N	%	N	%	N	%
DA	6	50	10	52.6	16	51.6
NEODLOČENOST	6	50	4	21.1	10	32.3
NE	0	0	3	15.8	3	9.7
BREZ ODGOVORA	0	0	2	12.0	2	6.5
SKUPNO	12	100	19	100.0	31	100.0

Šučur, Štirn, Bratuša: ALI SO NAŠI PRAVNIKI PRIPRAVLJENI ZASTOPATI UPORABNIKE PSIHIATRIJE?

Rezultati

N	SPOL	A	B	C	Legenda
1	Ž	4	2	2	
2	Ž	20	2	1	A - leta odvetniške prakse
3	Ž	21	2	1	
4	Ž	20	2	2	B 1 - že imel(a) podoben primer
5	M	20	2	1	
6	M	6	2	1	
7	Ž	-	2	2	
8	Ž	25	2	1	2 - ni imel(a) podobnega primera
9	M	36	2	3	
10	M	1	1		C 1 - bi zastopal(a)
11	M	-	2	2	2 - neodločen
12	M	4	1	1	3 - ne bi zastopal(a)
13	Ž	-	2	2	
14	M	8	2	2	
15	Ž	2	2	2	
16	M	1	1		
17	Ž	20	1	1	
18	M	3	2	-	
19	M	45	1	3	
20	M	20	1	1	
21	Ž	6	2	1	
22	M	30	1	1	
23	M	20	1	1	
24	M	3	2	3	
25	M	18	1	1	
26	Ž	3	1	2	
27	Ž	10	2	2	
28	M	17	-	-	
29	M	-	2	2	
30	M	1	2	1	
31	M	30	2	1	

Število let odvetniške prakse

št. let v povprečju	Ž	M	VSI	P	N	Legenda
	13	17.82	14	18.7	15	P - pripravljenost zastopati N - nepripravljenost zastopati

Število odvetnikov, ki so že imeli podoben primer

M	Ž	VSI
2	7	9

Korelacije

- leta odvetniške prakse / izkušnje = 0.28
- leta odvetniške prakse / pripravljenost = 0.08
- izkušnje / pripravljenost = 0.53
- spol / izkušnje = 0.31

Število vseh odvetnikov in odvetnic je bilo 31. Od teh je bilo pripravljeno zastopati hospitalizirane uporabnike psihiatrije 51.6 %. Pomembnih razlik med spoloma ni bilo. Neodločenih je bilo 32.3 % (6 žensk ali 50%, 4 moški ali 21%). Vidimo torej, da je med ženskami več neodločenih. Odvetnikov, ki niso pripravljeni zastopati uporabnikov je 9.7%, in sicer so to trije moški (15.8% od celotnega vzorca moških). Dva odvetnika nista dala odgovora.

Povprečno število let odvetniške prakse je bilo 14 let (13 za ženske in 17.8 za moške). Tisti, ki so na vprašanje o pripravljenosti zastopanja uporabnikov psihiatrije odgovorili pritrdilno, so imeli v povprečju več delovne dobe (18.7 let), od tistih, ki so odklonili (15 let). Neodločeni so imeli torej najmanj prakse. Vidimo lahko, da se z večjimi izkušnjami povečuje tudi pripravljenost prevzemati "tvegane" primere, kakršni so psihiatrični.

Iz pogovorov z odvetniki lahko sklepamo, da so nekateri zelo zavzeti za obravnavanje tovrstne problematike, drugi pa se je izrazito izogibajo. Vzrok za to verjetno niso toliko predsodki, kot nepoznavanje predpisov o obvezni pridržanosti in pomanjkanje izkušenj.

Na koncu lahko zaključimo, da je pripravljenost odvetnikov za pomoč uporabnikom večja kot smo pričakovali, čeprav še vedno ni tolikšna, kot bi si želeli.

Rezultati, četudi na majhnem vzorcu, kažejo na potrebo po uvedbi posebne službe zagovorništva, ki bi se ukvarjala izključno s pravniško problematiko. Pripomniti je namreč potrebno, da se mnogi postopki v zvezi s prisilno hospitalizacijo (npr. pristojnost za pisanje napotnic, postopek ob sprejemu, ...) urejajo z internimi akti, ki jih izdajajo zdravstvene organizacije, in ki pravnikom po pravilu niso dostopni.

	N	%	N	%	N	%
DA	6	50	10	52.6	16	51.6
NEODLOČENOST	8	50	4	21.1	10	32.3
NE	0	0	3	15.8	3	9.7
BREZ ODGOVORA	0	0	2	12.0	2	6.5
SKUPNO	12	100	19	100.0	31	100.0

socialno delo 32/1993, št. 3-4

