

UNIVERZA V LJUBLJANI  
FILOZOFSKA FAKULTETA  
ODDELEK ZA ETNOLOGIJO IN KULTURNO ANTROPOLOGIJO

## **DIPLOMSKO DELO**

LJUBLJANA, 2015

JUŠ ŠKRABAN

UNIVERZA V LJUBLJANI  
FILOZOFSKA FAKULTETA  
ODDELEK ZA ETNOLOGIJO IN KULTURNO ANTROPOLOGIJO

**JUŠ ŠKRABAN**

**Družbena moč oseb s težavami v duševnem zdravju**  
Medicinskoantropološka študija

Diplomsko delo

Študijski program:  
Etnologija in kulturna antropologija, 1. stopnja  
E

Mentorica: doc. dr. Uršula Lipovec Čebren

Ljubljana, 2015

## ZAHVALA

V prvi vrsti se zahvaljujem socialnima delavkama Andreji in Malči ter vsem obiskovalkam in obiskovalcem dnevnega centra društva Altra, da so me dobro sprejeli in mi s tem omogočili opravljanje terenskega dela.

Nadalje se zahvaljujem vsem sogovornicam in sogovornikom, ki so s svojo odprtostjo za deljenje osebnih zgodb in mnenj ključno prispevali k nastanku tega diplomskega dela.

Zahvala gre tudi Uršuli Lipovec Čebren, ki mi je s svojim zaupanjem in strokovnimi opombami pomagala na točkah, kjer se je zataknilo.

## IZVLEČEK

### **Družbena moč oseb s težavami v duševnem zdravju: medicinskoantropološka študija.**

Pričujoče delo raziskuje družbeno moč oseb s težavami v duševnem zdravju. V prvem delu analizira situacije, v katerih je njihova družbena moč tako šibka, da zahteva intervencijo zagovornika, ki skuša v skladu z željo uporabnika ščititi njegove interese in pravice ter delovati v perspektivi nadaljnje uporabnikove avtonomije in opolnomočenja. Osredotoča se na potrebe po zagovorništvu, njegovo vlogo in izide tovrstnih intervencij.

V drugem delu se osredotoči na uporabnikovo pozicijo med njegovimi bližnjimi in institucijami, saj obe strani poleg nudenja pomoči marsikdaj delujeta tudi proti volji osebe v duševni stiski. Etnografija raziskuje vpliv bližnjih oseb na prepoznavo in označevanje duševne stiske, nadalje pa razišče neprostovoljno hospitalizacijo, etične dileme vsakodnevne prakse strokovnih delavcev in delavk, na koncu pa skuša razmisliti o družbeni moči uporabnika aplicirati tudi na klinična srečanja med psihiatrom in uporabnikom.

Ključne besede: duševno zdravje, medicinska antropologija, zagovorništvo, etika, družbena moč.

## ABSTRACT

### **People with mental health difficulties and their social power: a medical anthropological study.**

The following discussion outlines the social power relations faced by people with mental distress. In both main chapters the same question is posed from two different aspects of ethnographical and theoretical interest. Firstly, it focuses on situations where there is a need of advocacy intervention which, according to a person's will, endeavours to protect his/her rights, interests and work so to empower him/her and to give him/her an opportunity to develop autonomy. Ethnographically speaking, it focuses on the analysis of reasons for advocacy intervention, its role in psychosocial rehabilitation and its outcomes.

Secondly, the following discussion researches an interesting position of a person with mental distress being somehow between mental health institutions and his or her social webs. Besides offering help and support, both institutions and one's social webs can also intervene against a person's will. Ethnographically speaking, the following discussion focuses on compulsive hospitalization, everyday ethics of health care professionals and clinical encounters between psychiatrists and patients.

Keywords: mental health, medical anthropology, advocacy, ethics, social power.

## Kazalo vsebine

1. Uvod.....	5
1.1. Motivacija in struktura diplomskega dela .....	5
1.2. Metodološke opombe .....	6
1.2.1. Dnevni center – opazovanje z udeležbo? .....	6
1.2.2. Intervju .....	11
1.3. Nekaj teoretskih izhodišč .....	12
1.3.1. (Medicinska) antropologija in duševno zdravje .....	13
1.3.2. Kulturne specifike biomedicinskega zdravljenja.....	14
2. Zagovorništvo .....	19
2.1. Uvod.....	19
2.2. Potrebe uporabnic po zagovorništvu in vloga zagovorništva.....	21
2.2.1. Hospitalizacija.....	22
2.2.2. Sprejem in napotitev.....	23
2.2.3. Med hospitalizacijo – institut zastopnika pravic oseb na področju duševnega zdravja 25	
2.2.4. Po končani hospitalizaciji.....	27
2.2.5. Zmanjševanje doz medikamentozne terapije.....	28
2.3. Birokracija – utrujenost od papirjev.....	28
2.3.1. Strokovnjaki po poklicu .....	31
2.3.2. Zagovorništvo od blizu.....	32
2.3.3. »Učenje za življenje« – opolnomočenje za vsakodnevno življenje .....	36
2.4. Souporabniška pomoč .....	38
2.4.1. Skupina za samopomoč .....	39
2.4.2. Samozagovorništvo in opolnomočena uporabnica.....	40
2.5. Zaključne ugotovitve poglavja .....	41
2.5.1. Normalizacija, normativnosti in praktični čut .....	42
2.5.2. Vzgodbljanje – notranji mehanizem zagovorništva .....	43
3. Uporabnik – med socialnimi mrežami in institucijami .....	46
3.1. Oseba v duševni krizi in njeni bližnji.....	46
3.2. Napotitve na psihiatrijo in etika vsakdana .....	50
3.2.1. Etične dileme družinskih članov .....	51
3.2.2. Moč in etika vsakdanje prakse strokovnih služb.....	52
3.2.3. Prisilna hospitalizacija.....	57
3.3. Klinična srečanja in barantanje .....	64

3.4.	Preživljanje stiske brez hospitalizacije – vloga skupnosti?.....	68
3.5.	Zaključne ugotovitve poglavja .....	69
4.	Zaključek.....	73
5.	Summary .....	76
6.	Literatura .....	77
7.	Priloge .....	83
7.1.	Priloga 1 (ustni viri in intervjuji).....	83
7.2.	Priloga 2 (izjava o avtorstvu) .....	84
7.3.	Priloga 3 (dovoljenje za objavo) .....	84

## 1. Uvod

### 1.1. Motivacija in struktura diplomskega dela

To diplomsko delo se je razvilo iz mojega začetnega zanimanja za zagovorništvo v duševnem zdravju. Zanimalo me je, kakšne implikacije na izide terapevtskih in drugih srečanj ima prisotnost tretje osebe, zagovornika ali zagovornice. Ta tema je bila zanimiva tako zame kot za sogovornike in sogovornice, pomembna pa je tako konceptualno kot tudi z vidika vsakodnevnega življenja oseb s težavami v duševnem zdravju. Ob raziskovanju zgoraj omenjene tematike so se pojavljali primeri napotitev na psihiatrične obravnave, kar se je razvilo v samostojno poglavje.

Obe glavni tematiki imata več povezav. Najbolj očitna je ta, da se kot zagovorniško dejavnost smatra tudi spremljanje *in* napotitve na psihiatrične obravnave. Hkrati obe tematiki, ki tvorita dve poglavji jedrnega dela besedila, na različne načine – z drugačnimi teoretskimi in praktičnimi zanimanji – artikulirata podobno vprašanje: kakšna je družbena moč in avtonomija osebe s težavami v duševnem zdravju? Prvo poglavje se osredotoča na pomoč osebi pri odnosih z različnimi institucijami in pri vsakodnevem življenju, tj. na opolnomočenje, zagovorništvo. Drugo poglavje osredotoča predvsem na vmesni položaj uporabnice ali uporabnika med njihovimi bližnjimi in institucijami. Socialne mreže bližnjih oseb »prepoznavaajo simptome« duševne krize, kar lahko v najbolj kritičnih situacijah pripelje do hospitalizacije osebe v duševni krizi proti njeni volji.

Naj omenim še podrobnosti, ki jo bosta pozorna bralka in bralec opazila – v besedilu se igram z »nevtralnimi« slovničnim spolom, saj se mi zdi, da splošna uporaba nevtralnega moškega spola odseva družbeno neenakost in moško hegemonijo. Zato sem se odločil, da v prvem poglavju jedrnega dela vzamem kot nevtralni ženski slovnični spol, v drugem pa moškega. Izjeme so zgolj dobesedni navedki drugih avtorjev in avtoric ali formalni nazivi institucij, določenih z zakonom.

Z drugo pripombo glede uporabljene terminologije želim razjasniti izbor besed »pacient«, »uporabnik« in »oseba s težavami v duševnem zdravju«. Družbenokonstruktivistični poudarek diplomske naloge želim upoštevati tudi terminološko, saj menim, da se izogne marsikateri sprotni opombi. Če je govora o hospitalizirani osebi, uporabljam besedo »pacient«, saj skušam s tem opozoriti na položaj osebe, kot je konstruiran v specifičnem družbenem prostoru. Z besedo »uporabnik« imam v mislih »uporabnika psihiatrije«, s čemer prevzemam terminologijo socialnega dela in

poudarek, da je govora o osebah s kariero v psihiatrični obravnavi. Beseda »uporabnik« največkrat implicira psihiatrično ali socialnovarstveno »storitev«, s tem pa se nevarno bliža neoliberalni misli o storitvah na prostem trgu, hkrati pa je, če jo razumemo v neoliberalnem kontekstu, sociološko izjemno nepovedna. Zato se mestoma, ko ni potrebe ne po prvem ne po drugem poudarku, zatečem k po mojem mnenju najbolj korektni obstoječi frazi, »osebe s težavami v duševnem zdravju«. Kot že rečeno, uporabljal bi jo lahko skozi celotno besedilo, vendar druga omenjena termina lepo ponazorita specifično družbeno konstruiran kontekst, v katerem se lahko znajde oseba s težavami v duševnem zdravju – »pacient« meri na hospitalni kontekst, »uporabnik« pa na kariero hospitalizacij.

V drugem poglavju izmenično uporabljam izraze »bližnji« in »socialne mreže«, s čimer mislim na vse osebe, ki so lahko osebi v krizi blizu. To so lahko družinski člani, sosedi, delavci v trafiki in drugi.

## **1.2. Metodološke opombe**

### **1.2.1. Dnevni center – opazovanje z udeležbo?**

Na društvu Altra – odboru za novosti v duševnem zdravju sem začel delati kot prostovoljec januarja 2015. Terensko delo sem opravljal pol leta, od januarja do junija 2015. Altra je nevladna organizacija, ki se je razvila iz Odbora za družbeno zaščito norosti, ustanovljenega leta 1988 v Hrastovcu (Lamovec 2006[1995]: 166–7). V tistem obdobju je Odbor črpal svoje intelektualne in praktične usmeritve od drugih antipsihiatričnih gibanj po Evropi, danes pa ima več programov – stanovanjske skupine, svetovalnico, zagovorništvo in dnevni center –, ki delajo na psihosocialni rehabilitaciji z uporabniki in uporabnicami psihiatrije v sodelovanju s psihiatrično stroko. Vlogo Altre je neki uporabnik ponazoril na spodnjem primeru, ki sem ga kasneje napisal v terenski dnevnik:

*Ko smo že zaprli ob petih, smo še malo klepetali pred vhodom. Tema je nanesa na nekega uporabnika – očitno prijatelja vseh prisotnih – ki so ga predstavili na A oddelek Polja. Nisem več njihovega žargona, zato posežem vmes in vprašam, kaj je A oddelek. Razložijo, da je ta najbolj odprti, B že več ne tako, I pa je intenzivni, torej zaprti. Nekdo se je pošalil, da je Altra F oddelek Polja. V smislu rehabilitacije po hospitalizaciji ali pa preden nastopi huda kriza.<sup>1</sup> (terenski dnevnik, 22. 1. 2015)*

Tako v smislu prostovoljnega kot terenskega dela sem bil prisoten na programu Dnevni center. S slednjim je Altra ena izmed bolj obiskanih nevladnih organizacij na tem

---

<sup>1</sup> Naslednje presenečenje emske terminologije je beseda »toplice« za Psihiatrično bolnišnico Polje.



področju, saj jo letno obiše okoli 360 različnih uporabnikov, na dan pa jih dnevni center obiše več kot 50 (občni zbor, 30. 3. 2015). Dnevni center ima veliko kavčev, stolov, nekaj računalnikov, mize, družabne igre, vendar slednje pridejo v poštev v času, ko ni organiziranega programa, tj. skupin za samopomoč, pogovornih skupin, vabljenih gostov, predstavitev študentov zdravstvene nege na praksi ... Kljub pestremu programu sem veliko časa preživel v neformalnih pogovorih z uporabniki, igranjem *Človek ne jezi se*, taroka – prav preko slednjega so me prisotni v dnevnem centru že prvi dan prav presenetljivo sprejeli. Tarok je bil moj petelinji boj – sicer veliko manj dramatična kot Geertzeva, pa vseeno pomembna vstopna vrata na teren. Nikdar nisem bil strasten igralec kart, vendar sem kmalu videl, da sem si zapečatil usodo že prvič, ko sem sprejel igro taroka. Na Altri sem bil torej že od prve igre naprej del kvartopirske družbe. Kljub veliko dejavnostim, v katere me je spontano vpletla moja navzočnost, se zdi, da sem tekom prisostvovanja in druženja v dnevnem centru osvojil poanto sintagme »visenje na terenu«. Ravno iz zgolj »biti na kavču«, neobvezne prisotnosti, ki jo dnevni center omogoča, je vzniknilo veliko zanimivih pogovorov.

Druženje z uporabniki in uporabnicami ni bilo omejeno na aktivnosti v dnevnem centru, saj smo velikokrat po zaprtju dnevnega centra šli tudi na pijačo v bližnje kavarne. Pogovori so bili drugačni, mnogokrat z vseh strani bolj povedni, saj so, hote ali nehoti, v dnevnem centru vzpostavljena drugačna implicitna in eksplicitna pravila družbene interakcije kot na pogovorih izven kakršnekoli organizacije. Tudi te pogovore skratka razumem kot del terenskega dela.

#### ***1.2.1.1. Med različnimi identitetami in odnosi***

Že ob prvem stiku z društvom sem poudaril, da bi rad delal kot prostovoljec, hkrati pa bi rad opravljal terensko raziskavo. Moja prisotnost na terenu je bila torej že od samega začetka zaznamovana z dvojnostjo, vendar ti vlogi nikoli nista bili vidno ločeni. Hkrati na raziskavo pomembno vpliva dejstvo, da sem fenomen duševnega zdravja spoznaval skoraj izključno preko Altre – ene izmed nekaj nevladnih organizacij, ki delajo na področju duševnega zdravja v Sloveniji. Večina intervjujev je bila opravljena z uporabnicami in uporabniki ter z delavkami in delavci na Altri.<sup>2</sup> Ob branju diplomskega dela moramo torej upoštevati, da imajo v raziskavi sodelujoče osebe blizu kraja bivanja možnost tako

---

<sup>2</sup> Naj na tem mestu poudarim, da je bil intervju s koordinatorico obravnave v skupnosti iz CSD Kočevje, Tatjano Romih, opravljen v sklopu sodelovanja z Nacionalnim inštitutom za javno zdravje na projektu »Za boljše zdravje in zmanjševanje neenakosti v zdravju«, kjer sem sodeloval kot zunanji sodelavec.

psihiatrične obravnave kot tudi obiskovanja programov dnevnih centrov in drugih programov skupnostnih služb nevladnih organizacij, česar niso deležne vse osebe s težavami v duševnem zdravju v Sloveniji. Ob skromni razvitosti skupnostnih služb (gledano z vidika osebe, ki ne stanuje v urbanih centrih) lahko rečem, da so uporabnice in uporabniki v tem delu predstavljenih etnografskih primerov deležni intenzivnejše obravnave ali pa imajo vsaj dostop do nje.

Predvsem ob vstopanju na teren je bila prisotna igra identificiranja novega prišleka. Ti mikro dogodki so še posebej zanimivi, saj ravno ob prepoznavanju novega akterja na terenu združujejo mnogo binarnih idej o njegovi identiteti. Ta je lahko vpeta v alternativo med »zdravimi« in »nezdravimi«, na kar nisem bil imun tudi sam:

*Hec je, ker me sprašujejo: »čigav si«. Prva referenčna točka je alternativa med uporabnikom na eni strani in zaposlenim/prostovoljcem/študentom na praksi na drugi strani. Bolje rečeno: uporabnik ali ne. Ne zdi se mi, da bi iz tega sledilo kaj vrednostnih sodb, ampak zgolj da se definira situacijo. Ta pravila igre sem kar mehanično ponotranjil in zdaj že odgovorim v tej alternativi. Prejšnjič, ko je nek uporabnik vodil neko delavnico, je nosil rekle in mi zato – hecno res, kako hitro se cel mehanizem sproži – deloval kot ne-uporabnik. (terenski dnevnik, 22. 1. 2015)*

Podobne mehanizme prepoznavanja in urejanja v kategorije »zdravih« in »nezdravih« sem lahko opazoval vsak teden, saj Altra tedensko sprejema novo skupino študentov in študentk zdravstvene nege na prakso. Po določenem času svojega prostovoljstva sem začutil, da so me uporabniki že toliko spoznali, da se tudi navzven ni več videlo večjih meja med nami – zunanji obiskovalec bi lahko rekel, da sem uporabnik. Prav neverjetno je bilo opazovati način pogovora, ko je kdo iz te skupine mislil, da sem uporabnik – pogovor je navadno imel karitativen in razumevajoč podton, ki ga je navadno spremljala za vsakdanjo interakcijo atipična, nekako stereotipno psihoterapevtska mimika telesa.

Tudi sam sem imel, kot sem napisal zgoraj, podobna vprašanja o identiteti svojih sogovornikov in sogovornic v dnevnem centru. Te zagate po mojem mnenju zgolj ponazarjajo našo začetno vkalupljenost v, zdi se, v družbi dominanten *način* diskurza in prakse (tudi onkraj konteksta duševnega zdravja), ki predpostavlja povednost kategorij in

diagnoz o osebi, s katero se pogovarjamo.<sup>3</sup>

*Meni deluje scena tam osvobajajoča, ker ni belih halj versus pižam. Seveda potem želimo prej ali slej vsi vedeti, kdo je kdo, in s tem ni absolutno nič narobe, vendar mehanizmi prepoznavanja in urejanja realnosti delajo ves čas. Ta pristop brez halj in pižam ti omogoči odkritost medčloveškega kontakta, ker vidiš sproti, kje smo in kako/kje se najdemo z ljudmi, saj manjka predhodna definicija, ki začrta konvencije interakcije.* (terenski dnevnik, 22. 1. 2015)

Vežano na identiteto uporabnika sem opazil zanimivo partikularnost – uporabnika vselej legitimira zgodba. Beseda »zgodba« je v tem kontekstu uporabljena drugače kot v vsakdanjem govoru, saj implicira zgodbo o hospitalizaciji in zgodbo o osebnem trpljenju. Tudi antropološka literatura kaže, da je zgodbe potrebno vzeti karseda resno, saj je ravno naracija, pripovedovanje zgodb, prvi in najpomembnejši način, s katerim posameznik skuša narediti red iz kaotične situacije, ki jo povzročita bolezen in stiska. Slednji torej razkrajata red vsakdanjega življenja, ki pa ga skozi proces vzgodbljanja posameznik skuša vzpostaviti nazaj, umestiti svoje trpljenje v prostor in čas (Good 1994: 128).

Kot vsak antropolog sem imel tudi jaz stalno željo, da bi se zlil v svoj raziskovalni kontekst, bil kot »trava med travami«, kar se je kdaj tudi uresničilo. Na eni izmed kav v Španskih boricah po zaprtju dnevnega centra smo se pogovarjali med drugim tudi o tem, da grem verjetno študirat v tujino. Eden izmed sogovornikov mi je predlagal, naj si kupim društveno majico, da bom delal reklamo (»za nas«, vključujoč mene, če lahko prosto dopolnim njegov neizrečen del povedi).

Hkrati pa je bilo tudi nekaj trenutkov, ki so mi dali jasno vedeti, da je »going native« povsem nedosegljivo stanje in zato vselej nedokončen proces. Nekega petka sem prišel v dnevni center, ko so praznovali rojstni dan nekega uporabnika. Za praznovanja rojstnih dni obstaja določena procedura, ritual, da tisti, ki ima rojstni dan, stoji stran od drugih, ki mu takrat pojejo za voščilo. Jaz pa sem se, neseznanjen s to navado, pridružil slavljencu in vsi so me začeli spraševati, če imam rojstni dan. Ko so me opozorili, da ne poznam pravil, je bilo očitno, da sem vseeno tujec: »Saj drugače mi kar uspeva in tudi sprejeli so me že dodobra, vsake toliko pa pade kakšna, ki me spomni, da nisem notri in pika« (terenski dnevnik, 11. 4. 2015).

Med terenskim delom so se spletle tudi prijateljske vezi z uporabnicami in

---

<sup>3</sup> Hkrati pa imajo druge vrste povednost, saj dajo več informacij o kulturno specifični konstrukciji v tem primeru psihiatrične diagnoze – iz različnih zgodb in oseb, ki imajo enako diagnozo, se je zanimivo spraševati, kaj jih dejansko, tudi v trenutkih stiske, družijo.

uporabniki. Zdaj ko so se antropološki informatorji spremenili v sogovornike, se lahko vprašamo, ali so slednji že prijatelji ali celo »sodelavci« (Muršič 2011: 84). In nadalje: če že govorimo o »sodelavcih«, je to zgolj pranje vesti in lepa fraza, ki poudarja v sodobni antropologiji tako čislano idejo o sodelovanju, ali pa gre nemara res za sodelovanje sogovornikov do samega konca raziskovanja?<sup>4</sup> Z drugimi besedami, na kateri proces nastajanja akademskega besedila se nanaša »sodelovanje«? Zavedam se, da odgovorov na to in podobna vprašanja ni, vendar si jih je pomembno trmasto zastavljati tekom raziskovanja. Za pričujoče delo lahko rečem, da sem sodelujoče skušal vključiti vse do zadnje faze pisanja, saj so vsi prebrali nalogo, avtorizirali dele, v katerih se nanašam na naše intervjuje in po potrebi dodali komentarje.<sup>5</sup>

### **1.2.1.2. Raziskovalec in terensko delo**

Terensko delo me še vedno spreminja kot osebo. Poslušanje zgodb različnih hospitalizacij, slišanja glasov, izkušnje prividov in raznih drugih duševnih stisk, so name vplivale in še vedno vplivajo. Poleg pogovorov na raziskovalca vpliva že sama prisotnost v dnevnem centru, saj so nihanja počutja uporabnikov in uporabnic kdaj zelo vidna. Na nek način mi te izkušnje vseljujejo mestoma zastrašujoča preizpraševanja mej med »normalnim« in »nenormalnim« – ne toliko sociološko kot fenomenološko. So to, kar sem ravnokar slišal, lahko slišali tudi drugi? Koliko je potrebnega za pričetek psihiatrične obravnave? Zakaj v vsakdanji vehementnosti avtomatično predpostavljam, da je duševna stiska domena »drugih« in nazadnje, kaj me *dejansko* – z izjemo izkušnje psihiatrične obravnave – loči od že hospitaliziranih oseb?

V celotnem procesu raziskovanja za pričujoče besedilo (in na sploh v življenju) se mi je kot izziv pojavljalo iskanje empatične meje v odnosu do uporabnikov ob njihovi vidni stiski. Predvsem se pojavlja vprašanje, tako strokovno kot zelo intimno, do katere meje in na kako strukturiran način vzpostaviti empatičen način komunikacije do sogovornic in sogovornikov, hkrati pa »skrbeti zase«, sproti predelovati izkušnje s terena.<sup>6</sup> Zdi se, da je »rešitev« razumevanje razlike med sočustvovanjem in empatijo, vendar to

---

<sup>4</sup> S te perspektive postane ustaljena navada antropološkega pisanja, navajanje sogovornic in sogovornikov v ležečem tisku, sporno. Zakaj bi misli sodelavcev v besedilu ločili od svojih? Vseeno sem se odločil za uporabo ležečega tiska ob navajanju sogovornic in sogovornikov, z izgovorom »večje preglednosti« (za tozadevne reflektivne pripombe se zahvaljujem Uršuli Lipovec Čebren).

<sup>5</sup> Tozadevno je proces pisanja pričujočega dela blizu »kolaborativni entografiji«, če si sposodim izraz, ki ga je skoval Luke Lassiter.

<sup>6</sup> To v svojem bistvu dvodelno držo, iskanje ravnovesja »med avtonomijo (skrbjo zase) in povezanostjo (skrbjo za drugega)« opredeljuje kot bistveno za strokovnega delavca geštalt izkustvena družinska terapija (glej Bouwkamp in Bouwkamp 2014: 187).

praktično še vedno ostaja izziv. Kot takega sem ga vzel tudi v procesu opravljanja intervjujev.

### 1.2.2. Intervju

V raziskavi sem poleg opazovanja z udeležbo večinoma uporabljal metodo polstrukturiranih intervjujev (glej Bernard 1995: 210), ki se mi je zdela primerna predvsem, ker ob začrtani temi pušča dovolj prožnosti za soustvarjanje dinamike pogovora tudi sogovornikom. Z uporabo te metode sicer pokažemo, da smo v okvirju našega raziskovalnega zanimanja, vendar obema stranema v intervjuju dopustimo dovolj prostora za nove smeri pogovora.

Skupno sem opravil deset intervjujev s sedmimi različnimi osebami, od tega s tremi strokovnimi delavci (dve ženski, en moški) in s štirimi uporabniki (dve ženski, dva moška). Vsa imena uporabnikov in uporabnic so spremenjena, imena strokovnjakov in strokovnjakinj pa ostajajo nespremenjena. Za seznam v besedilu uporabljenih intervjujev glej Prilogo 1.

Če skušam reflektirati svoje intervjuje, lahko rečem, da je moje dosedanje antropološko raziskovanje slonelo na veri v spontanost trenutka na terenu. Vselej, ko v intervjuju *nekaj* »steče«, sem navdušen nad tem malim čudežem, na katerega sem čakal in od katerega je, pa naj priznam ali ne, odvisna raziskava in njen uspeh. Inge-Britt Krause opozarja na antropološko nepozornost na *kako* (tehniko) pri opravljanju odprtega intervjuja in trdi, da je geertzovska maksima »biti tam« nezadostna. Nadalje avtorica vzpostavi paralele med antropologom in psihoterapevtom ter opaza, da mora biti slednji veliko bolj ozaveščen glede sebe v interakciji z drugim. Kljub postmodernistični refleksiji vloge antropologa v kontekstu etnografskega intervjuja se zdi, da antropologija konceptov transferja in kontratransferja, kot ju definira psihoterapija, ne vzame resno. Intervju je vselej že skupna naracije intervjuvanca in intervjuvane osebe (Mattingly po Bukovčan 2010: 54–5) – je fluidni proces, v katerem obe strani vplivata druga na drugo.

Pomanjkanje tehnik intervjuvanja ugotovi Bernard, vendar je njegov prispevek tozadevno vseeno skromen. Vse tehnike, ki jih omenja, so podvrste preverjanja (*probing*) pridobljenih informacij, kot so tiho preverjanje (z gestami ali zgolj s tišino, čakanjem), preverjanje z odmevom (ponavljanjem slišane) in podobnega (Bernard 1995: 215–9).

Psihoterapevtski pristop razširja polje na aktivno poslušanje, postavljanje odprtih vprašanj, klarifikacijo, parafrazo, refleksijo občutkov itd. Te tehnike koreninijo v

teoretskem opusu Carla Rogersa, ki je svojo teorijo osebnega razvoja gradil na fenomenologiji in vzpostavljala h klientu usmerjeno terapijo (Hill 2004: 82).

Rogers je trdil, da mora odnos med terapevtom in klientom vsebovati tisto, kar navadno klientu v situaciji, ki ga pripelje do iskanja pomoči, manjka. Tako mora terapevt vzpostaviti pristen odnos s klientom, brezpogojno sprejemati klientove občutke (vendar ne nujno vseh dejanj), zato jih ne sme vrednotiti. Hkrati je ključna empatija, ki jo je Rogers označil kot »vstopanje v privatni perceptualni svet drugega in se popolnoma udomačiti v njem« (Rogers; cit. v Hill 2004: 89), prav slednje pa je hkrati tudi cilj antropološkega raziskovanja.

Prisotnost in poslušanje, ki bi mu jaz rekel senzibilnost/čuječnost, se kažeta predvsem preko neverbalnega vedenja (Hill 2004: 99). Sprejemanje vsega, kar drugi komunicira tako verbalno kot neverbalno, terapevt ali raziskovalec kažeta z reakcijami oči, obraza, kimanja z glavo, celotne poze telesa in podobnim (ibid.: 101–5). Ključno je tudi postavljanje *odprtih vprašanj* in stalno preverjanje, če smo razumeli vsebino komuniciranega. Tako lahko uporabimo klarifikacijo (»Kaj misliš s tem?«), vprašanja, ki se nanašajo na koncepte oziroma misli (»Povej mi, kaj misliš o tem?«), občutke (»Kako se počutiš v zvezi s tem?«); lahko prosimo za primere, vsekakor pa se izogibamo »zakaj« vprašanj, saj ta drugega lahko spravijo v situacijo, ko se mora zagovarjati (Hill 2004: 199–221). Rogers je trdil, da je dobro ponavljati, kar sta sogovornik in sogovornica že povedala, saj tako ljudje slišijo svoje misli, hkrati pa daje drugemu potrditev, da smo prisotni. Tako uporabljamo tudi parafraze (Hill 2004: 131) in refleksijo čustev (ibid.: 144).

Čeprav za zgoraj omenjene tehnike uporabljene v kontekstu psihoterapije, nikakor ne želim postavljati enačaja med terapevtom in antropologom, pač pa mislim, da so izjemno uporabne in pomembne pri raziskavah, ki vključujejo več poudarka na čustvih, počutjih, posameznikovih predstavah ipd., ter so aplikabilne na celotno antropološko raziskovanje zaradi humanističnega pristopa, ki ga implicirajo.

### **1.3. Nekaj teoretskih izhodišč**

Čez celotno besedilo diplomskega dela skušam prepletati teoretski razmislek z ugotovitvami iz terena. Vseeno kaže pred jedrnim delom raziskave razjasniti predvsem nekatere njene določilnice.

Medicinska antropologija je poleg lokalnim medicinskim znanjem po svetu veliko svojega raziskovanja namenila tudi zahodni uradni medicini (v nadaljevanju biomedicini),

oziroma so bile raziskave Drugih vedno v kontekstu kdaj tihega kdaj glasnega pogovora z zahodno biomedicinsko vednostjo. Tudi pričujoča raziskava je skozi celotno besedilo preprejena z referencami na delovanje psihiatrične prakse in vednosti, zato skušam v tem uvodu poleg kratkega pregleda medicinsko antropoloških raziskav duševnega zdravja podati refleksijo zgodovinske transformacije biomedicine, saj prav slednja krepko določa naravo obravnave oseb s težavami v duševnem zdravju danes. V tem poglavju predstavljena teoretska izhodišča so mi pomagala pri terenskem raziskovanju, hkrati pa, to je potrebno poudariti, tudi usmerjala moj raziskovalni fokus in črtala domet, dispozitive raziskave.

### **1.3.1. (Medicinska) antropologija in duševno zdravje**

Medicinsko antropologijo je definiral Schwarz že leta 1924, vendar se takrat še ni vzpostavila kot močna antropološka poddisciplina (Lipovec Čebren 2008: 43). Antropološke raziskave konceptov zdravja in bolezni v različnih kulturnih in socialnih kontekstih so pokazale, da zdravje in bolezni nista nasebni kategoriji, temveč dobita pomen šele v kulturi, ki te kategorije ustvari (ibid.: 26–7). Hkrati so antropološke raziskave biomedicine pokazale, da je tudi slednja rezultat svojega kulturnozgodovinskega konteksta, torej ni univerzalna in nevtralna, pač pa lahko biomedicinske epistemološke postavke razumemo kot »parcialne in lokalne« (ibid.: 25).

Duševno zdravje kot predmet antropoloških raziskav ni novost. Že Ruth Benedict je v svojem kulturno relativističnem članku *Anthropology and the Abnormal* poudarila, da so kulturne reprezentacije patologije del esence bolezni (Good 1994: 35). Tudi medicinska antropologija kot samostojna disciplina je duševnemu zdravju namenila veliko pozornosti. Prav eno najbolj odmevnih teoretskih smeri, konstruktivistično-interpretativno, je začel razvijati psihiater in antropolog Arthur Kleinman na podlagi svojih medkulturnih raziskav depresije (glej Kleinman 1980).

Tako se je ustvarilo raziskovalno polje, ki mu različne avtorice in avtorji pravijo medkulturna psihiatrija oziroma kulturna in socialna psihiatrija. Raziskovala je različne etnopsihiatrične vednosti, hkrati pa je tudi zahodno psihiatrijo razumela kot eno izmed njih. Oziroma: raziskave na tem polju se ukvarjajo z analizami različnih kontekstov, v katerih se konstruira duševna stiska, različnih načinov razumevanja duševnih stisk, različnih načinov skrbi za osebe s težavami v duševnem zdravju, hkrati pa preizprašuje

širše družbene determinante konstrukcije biopsihiatrične<sup>7</sup> vednosti. Podobno kot v antropologiji na splošno imajo lahko tudi tovrstne raziskave težnjo po odkrivanju medkulturnih univerzalij. Ob medkulturni primerjavi različnih razumevanj duševnih stisk se torej zastavlja vprašanje, čigavi kriteriji so uporabljeni za definicijo abnormalnega<sup>8</sup> (Hughes 1990: 139). Depresija je, gledano medkulturno, unikaten konstrukt zahodne družbe, zato je razumevanje te oznake kot univerzalne vsaj sporno, če ne arogantno do drugih družb (Kleinman in Good 1985).

### **1.3.2. Kulturne specifike biomedicinskega zdravljenja**

Pričujoča raziskava je nastala v družbenem kontekstu, ki ljudi z duševnimi stiskami usmerja pretežno na psihiatrično obravnavo, slednja pa je vpeta v širši biomedicinski razlagalni model. Zato ni odveč, če na kratko spoznamo določilnice tovrstne obravnave.

#### **1.3.2.1. Kako biomedicina konstruira svoje objekte?**

Psihiatrija je del večjega diskurzivnega polja biomedicine, ki na kulturno specifičen način konstruira svoje objekte. Medicinski antropolog Byron Good z referenco na Cassirerjeve »formativne principe« pri analizi te konstrukcije pokaže, da biomedicino lahko razumemo kot simbolno formo, skozi katero se realnost formulira in organizira na poseben način (Good 2004: 68). Študirati biomedicino, torej postajati zdravnik, je »proces prihajanja v nov svet« v izkustvenem smislu, saj se človek uči novega načina gledanja, pisanja in govorjenja o pacientu, njegovemu telesu, bolezni ipd., pri tem pa praviloma spregleda bolnikov življenjski svet. Good (2004: 80) piše o medicinskem govoru takole:

Oseba, subjekt trpljenja, je predstavljen kot mesto bolezni in ne kot narativni subjekt. Bolnik je [v medicinskem govoru] formuliran kot medicinski projekt, predstavitev primerov pa so ob izjemno močni časovni stiski narejene tako, da izločijo vse razen tistega, kar bo pomagalo pri diagnostičnih in terapevtskih odločitvah.

Poslušanje pacienta je navadno v službi pisanja kartoteke, pacientovo telo pa kot mesto bolezni. Bolezen je v biomedicinskih razlagah mišljena kot biološka disfunkcija,

---

<sup>7</sup> Ob odsotnosti socialne in kulturne psihiatrije v Sloveniji v besedilu namesto termina biopsihiatrije uporabljam preprosto »psihiatrija«. Mišljena je torej uradna psihiatrija, ki upošteva predvsem biološke dejavnike razvoja duševne motnje.

<sup>8</sup> Hkrati je potrebno širše sprejeto antropološko samorefleksijo uporabljenih konceptov prignati do konca in se vprašati, ali antropologija drugim kulturam vsiljuje svoje kozmo-ontološke ideje (Mimica 2010). To bi za naš primer pomenilo refleksijo o tem, ali v nezahodnih kulturah sploh velja ideja o distinkciji med normalnim in nenormalnim.



patologija. Učenje dobrega opazovanja je centralna sposobnost zdravnika, da iz kaosa naredi red, opazovanje pa mora iti vedno od pojavnega do globljih in zato elementarnejših struktur: »te globoke strukture niso družbene ali svete, temveč ležijo v fundamentalnem redu materialne realnosti« (Good 2004: 75).<sup>9</sup>

Tako pridemo do opažanja, da je biomedicinska vednost pogosto biološko redukcionistična, kar pa je spet njena kulturna specifika v primerjavi z ostalimi medicinskimi vednostmi. Še več, je tudi zgodovinska specifika te iste discipline gledano iz njene lastne geneze vednosti. Poglejmo, kako.

### ***1.3.2.2. Od »umetnosti zdravljenja« do »znanosti o boleznih«***

Brazilska raziskovalka Madel Luz (2007) razvoj biomedicine analizira kot dolg proces prehoda zahodne medicinske vednosti od »umetnosti zdravljenja« v »znanost o boleznih«. O prvi lahko govorimo pri medicini antične dobe in v sodobnih ne-biomedicinskih medicinah, medtem ko z znanostjo o boleznih avtorica misli na sodobno biomedicino. Avtorica to genezo obravnava v kontekstu evropskega racionalizma. V Hipokratovem času so na človeka gledali kot na mikrokozmos, katerega funkcioniranje je vpisano v zakone Kozmosa. Človek je bil neločljivo povezan z naravo, pri zdravljenju bolezni pa je šlo za iskanje harmonije (Luz 2012: 36). Zgoraj omenjeni prehod se začne z renesanso ob koncu 15. in začetku 16. stoletja, od koder izvira radikalen obrat v pogledu na človeški organizem, ki korenini med drugim v silovitem razvoju anatomije (Luz 2007: 119). V dobi klasicizma se na človeško telo začne gledati kot na mesto, kjer se nahajajo bolezni, na slednje pa se je začelo gledati kot entitete patologije. Vzporedno z razvojem botanike, kemije itd. se v 18. in 19. stoletju vse bolj uveljavlja medikamentozno zdravljenje, kar je dolg proces, s katerim se bo tovrstna intervencija počasi vzpostavila kot norma medicinske prakse, s tem pa se oddaljila še dlje od svojih hipokratskih začetkov (Luz 2007: 123–5). Temelji moderne medicine tako sčasoma postanejo opazovanje, opisovanje, klasificiranje, iskanje kavzalnih razlag za bolezni v telesu in podobno. Medicina začne uporabljati »objektivni«, »znanstveni« in pozitivistični diskurz o bolezni, bolnem telesu, simptomih, patologiji – v njem zanemarja koncepte življenja in zdravja (slednjega vidi zgolj kot odsotnost bolezni) – s tem pa se konstituira kot znanost o boleznih in odmakne od začetne »umetnosti zdravljenja« (Luz 2007: 130). Vendar znanost o

---

<sup>9</sup> Zanimive so tudi raziskave psihiatrične profesionalne socializacije in prakse. Na tem mestu zgolj povzemam, kar bom razvil v drugem poglavju: profesionalna socializacija psihiatre uči stoicizma in čustvene nevpletenosti v odnosu do pacientov, hkrati pa pogosto nakazuje na razumevanje duševne stiske kot ločene od posameznikove osebnosti (Luhmann po Brodwin 2013: 530–1).

boleznih ni bila brez antipoda. Pozitivna medicina, vitalna oziroma socialna medicina je vztrajala pri pozitivni in afirmativni definiciji zdravja, vendar se ji ni uspelo legitimirati kot »prava« v epistemološki in politični dominaciji nazorov znanosti o boleznih, ki je vse bolj uporabljala diskurz normalnosti in patologije (Luz 2007: 133). Luz dinamiko med dvema tokovoma povzame kot različni reprezentaciji bolezni. Prva, danes dominantna znanost o boleznih, reprezentira bolezen ontološko, v svoji razlagi pa je organicistična, mehanicistična in kavzalna. Druga je dinamična, saj govori o bolezni kot o porušenju ravnovesja in harmonije vitalnih moči, torej je bolezen proces krepitve subjekta do dosežka ravnovesja. Tudi tu bi lahko govorili o ontološki razlagi, vendar gre za ontologijo Življenja, ki ne dopušča prostora za ozko dihotomijo normalnost/patologija (Canguilhem po Luz 2007: 136–7).

### **1.3.2.3. Psihatrija in njene zgodovinske spremembe**

Klasicistične razlage norosti, kot jih analizira Foucault v svoji slavni *Zgodovini norosti* (glej Foucault 1988), pričajo o takratni holistični predstavi o duhu in telesu. Med njima so prehajale kvalitete, npr. trdost in mehkost, ki so s svojimi simbolnimi pomeni prehajale iz lastnosti organov in tkiv na osebne lastnosti norca (ibid.: 87). Rez v razlagah norosti se je zgodil v drugi polovici 18. stoletja, ko so postale pretežno biološke, Nerazum pa je postal psihološki problem (ibid.: 198). Holizem je dokončno razpadel v 19. stoletju, ko je z iznajdbo »moralnih metod« norost prešla na področje krivde (ibid.: 181–2). Po francoski revoluciji lahko govorimo o rojstvu azila. Ta institucija, kot npr. Pinelov azil, se je posluževala klasicističnih terapevtskih metod, vendar tokrat ne z namenom zdravljenja, temveč z namenom kaznovanja v imenu pravice (ibid.: 266).

Diskurz novo nastale psihiatrične vede je v prvi polovici 19. stoletja dominirala francoska šola. Prvo biološko razlago duševne bolezni je podal de Bayle leta 1821. Medtem ko je v Franciji prevladoval empirični in deskriptivni pristop, je bila v Nemčiji živahna teoretska debata, v kateri se je dinamika gibala med mentalisti in somatisti. V drugi polovici 19. stoletja je postala Nemčija glavna sila psihiatrije z Emilom Kraepelinom, ki je zagovarjal razliko med primarnimi (biološko patološkimi) in sekundarnimi (psihičnimi) simptomi. V ZDA je prevladoval drugi pogled, ki je dajal velik poudarek na osebno zgodovino bolnika in bolnice. Ta smer je dobila na moči po drugi svetovni vojni in bila pod vplivom psihodinamičnih teorij. V povojnem času so štafetno palico psihiatrije prevzele ZDA, kjer je bilo za razvoj znanja več možnosti v primerjavi z

Evropo, ki se je v tistem času ukvarjala z obnovo držav (Pichot 1997: 48–9). Zaradi izjemne moči in vpliva, ki ga ima tudi v Evropi priročnik *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*<sup>10</sup>, ki ga izdaja *American Psychiatric Association* (APA), je potrebno na kratko predstaviti njegov razvoj in veliki rez v tretji izdaji, leta 1980.

Prvi dve izdaji DSM (iz let 1952 in 1968) sta bili pripravljene ob prevladujoči psihosocialni usmeritvi ameriške psihiatrije. Z močno freudovsko, tj. psihodinamično usmeritvijo je bilo torej izjemno pomembno, kaj se skriva za vidnimi simptomi (Mayes in Horwitz 2005: 250).

Sedemdeseta leta so bila za psihiatrijo, že tako marginalizirano disciplino medicine, izjemno razburkana: zavarovalnice so želele skrajšati dolge »pogovorne« terapije, katere uspešnosti ni bilo možno natančno niti izmeriti niti napovedati; medikamentozne terapije so bile v velikem razvoju; hkrati so se razvijale ostale vede na polju duševnega zdravja, kot so klinična psihologija, socialno delo ipd., ki so »ogrožale« psihiatrično dominacijo tega področja (Mayes in Horwitz 2005: 257). Psihiatrija je doživela pravo revolucijo z DSM-III, ki je izšel leta 1980. Preusmeril je fokus psihiatrične obravnave na diagnozo (Goodwin in Guze po Mayes in Horwitz 2005: 250). Hkrati je psihosocialni model zamenjal z biopsihosocialnim, ali z drugimi besedami – biomedicinski model je s svojimi znanstvenimi analizami simptomov dobil prevladujoče mesto (Wilson 1993: 400). V tej luči ni presenetljivo, da je bila za Geralda Klermana, enega izmed vplivnejših psihiatrov tistega časa, ta sprememba DSM »zmaga znanosti«. Ta »zmaga« je vplivala tudi na bliskovit razvoj psihofarmakologije – ker je bil novi DSM osnovan na podlagi simptomov, je odprl vrata standardizaciji predpisovanja zdravil (Mayes in Horwitz 2005: 250–1).<sup>11</sup>

Gledano družbenokonstruktivistično, specializacija in profesionalizacija biomedicine ni etapa v unilinearnem razvoju in napredku medicinske racionalnosti, kar nam sama tako rada pozitivistično predstavlja. Pregledni članek razvoja psihiatrije v psihiatričnem učbeniku predstavi najprej neznanstvene in zato a priori negativne, necivilizacijske razlagalne modele in prakse: »Predstavljamo si lahko, da so te vrste pojavi

---

<sup>10</sup> Ta se uporablja tudi v Sloveniji (trenutno 10. revizija) – v prevodu MKB (Mednarodna klasifikacija bolezni).

<sup>11</sup> DSM-III lahko poleg pozitivizma vidim kot prinašalca redukcionizma. Prvič, duševne bolezni je zreduciral na biološki nivo in s tem zanemaril pomen nezavednega, ki ga je poudarjal psihodinamični model. Drugič, zreduciral je čas – konceptualno, ker je gledal na začetek bolezni (kot točko) in ne na posameznikovo življenjsko zgodovino, in klinično, ker je petinštirideset minutni psihiatrični intervju zamenjal prejšnje psihodinamične terapije, ki so bile brez dvoma veliko daljše. Tretjič, biološki redukcionizem zoži tudi pogled na »klinično pomembne« dejavnike, kjer psihosocialne dimenzije izginejo (Wilson 1993: 408).

pri raznih še danes živečih primitivnih ljudstvih, kjer opravljajo zdravniške funkcije kot posredniki med bolnim človekom in demoni – zlemi duhovi, razni šamani in vrači, dokaj zvesta podoba razmer v davni preteklosti, ko se je civilizacija šele rojevala.« (Milčinski 1978: 10) Hkrati poudari, da lahko ostanke demonizma in magičnega zdravljenja opazimo tudi pri nas. Vsemu naštetemu nudi trdno opozicijo psihiatrija, ki jo članek predstavi kot nenehno izpopolnjujočo se vedo, kar je izjemno blizu ideji unilinearnega razvoja znanja, brez upoštevanja družbenih dejavnikov teh transformacij. Družbenokonstruktivistično bomo torej zavrgli idejo o unilinearnem razvoju znanja in namesto tega današnjo biomedicinsko vednost razumeli kot rezultat konstantnih bojov in barantanja v konkretnih družbenih in zgodovinskih situacijah. Psihiatrični pozitivizem moralno zavrača neuspele poskuse psihiatrije, ker so odklon od navidezne trajne težnje proti boljšemu in racionalnemu, v resnici pa so sestavni del teh neprestanih iskanj. Skladno z omenjeno teoretsko držo torej menim, da bolj kot o napredku in »razvoju« lahko govorimo o zgodovinski transformaciji, o seriji partikularnih družbenih konstrukcij biomedicinskega znanja, ki so (bile) venomer v skladu z družbeno-zgodovinskimi okoliščinami, slednje pa se stalno redefinirajo (za več o tem glej Lupton 1994: 11–3).

## 2. Zagovorništvo

### 2.1. Uvod

Zagovorništvo je koncept, ki se je razvil v socialnem delu in je v Sloveniji danes tako emski kot etsk, saj se ga uporablja tako v strokovnem žargonu socialnega dela kot tudi ponekod med uporabnicami. Kot sinonimi se po izkušnjah s terena marsikdaj pojavijo besede, kot so zastopnica, spremljevalka, pri čemer z mešano uporabo »zagovornice« in »zastopnice« vznikajo nesporazumi tako v strokovnih kot v laičnih krogih. V tem poglavju skušam preplesti konceptualne razmisleke avtorjev in avtoric, ki so v Sloveniji kot prvi razvijali zagovorništvo v 90. letih (na Fakulteti za socialno delo, takrat še Visoki šoli za socialno delo), svoje etnografske ugotovitve o zagovorništvu danes v Sloveniji in primerjalno drugod po Evropi, kjer je zagovorniška dejavnost dobro razvita (Škotska in Anglija). Na koncu sledi razmislek, kjer se prepletajo tako izkušnje iz terena kot teoretski problemi zagovorništva.

Zagovorništvo kot pomembno dejavnost na področju duševnega zdravja prepozna tudi Svetovna zdravstvena organizacija. Razume ga predvsem kot politični proces preoblikovanja javnih politik v skladu s potrebami oseb s težavami v duševnem zdravju in njihovih bližnjih (Urek et. al. 2011: 3).

Koncept zagovorništva je dandanes širok in zajema profesionalno individualno, kolektivno, državljansko in souporabniško zagovorništvo ter samozagovorništvo (SIAA 2012: 4). O profesionalnem individualnem govorimo, ko zagovorniško dejavnost opravlja strokovnjakinja z uporabnico ta vrsta v Sloveniji prevladuje. Kolektivno zagovorništvo pomeni, da več ljudi s podobnimi izkušnjami (s strokovnjakinjami ali brez) skuša doseči določene spremembe. Koncept državlanskega<sup>12</sup> zagovorništva poudari pomoč in podporo uporabniku s strani nestrokovnjakinj in neuporabnic, torej tretjih oseb. Za razliko od zadnjega je tu še souporabniško zagovorništvo, obstaja pa tudi izjemno pomembna vrsta samostojnega uporabniškega (samo)zagovorništva.

Kot skušam poudariti v spodnjem besedilu, zagovorništva ne razumem v smislu »socialne službe« in »storitve«, temveč kot *način* dela, ki preči vse klasifikacije zagovorniške pomoči, primere urgentne pomoči v krizi in navsezadnje najbolj vsakodnevne primere družbenih interakcij. Zagovorništvo torej zajema vse »od splošnih in

---

<sup>12</sup> Če »državljanstvo« razumemo v tesnih pravnih okvirjih, je državljansko zagovorništvo po mojem mnenju sporen koncept, saj implicira nujno državljanstva. Ob razumevanju državljanstva v širšem smislu koncept, zdi se, ni sporen.

abstraktnih tem človeških pravic, preko kritike institucij, do nesporazumov v dnevnikih stikih in gospodinjskih stisk« (Flaker 1993: 8).

Zgodovinsko lahko začnemo o zagovorništvu govoriti kot o fenomenu, ki je vzniknil hkrati z moderno psihiatrijo, ob enem pa ga razumemo tudi kot gibanje, ki se je začelo z antipsihiatrijo 60. in 70. let in reartikulacijo človekovih pravic v 80. letih, danes pa se napaja iz teh zgodovinskih izkušenj in predstavlja njihovo kontinuiteto (Flaker 1993: 5).

Zagovorništva tako ne moremo obravnavati ločeno od njemu domačega konteksta skupnostne skrbi. Antipsihiatrična gibanja so opozarjala na kratenje človekovih pravic pri psihiatrični obravnavi, začela preizpraševati družbeno konstrukcijo in učinkovitost psihiatričnega znanja, družbeno moč in funkcijo psihiatrične stroke, dekontekstualizacijo pacienta znotraj psihiatrične ustanove in vplive hospitalizacije na uporabnikovo zdravje, hkrati pa so ponujala alternative konvencionalni s fenomenološko psihiatrijo in nasploh s psihosocialnim modelom pomoči v duševni stiski. Slednja je vidna v vzpostavitvi *skupnostnega pristopa*, znotraj katerega je opazno delovanje stanovanjskih skupin (kot alternativo zavodski oskrbi), zagovorništva, dnevnikih centrov ipd. Vzporedno se je sprememba paradigme jasno kazala tudi v terminologiji: namesto o duševni bolezni so v rabo prišle besedne zveze, kot so »duševna stiska«, »duševna kriza«; namesto bolnik/bolnica pa »uporabnik/uporabnica (psihiatrične oskrbe)«. Učinkovita skupnostna služba upošteva procese kontekstualizacije (ohranjanje stika v geografskem in socialnem smislu med uporabnikom in okoljem), opolnomočenja in načelo običajnega življenja (Mosher in Burti po Lamovec 2006[1995]: 200–2).

Skupnostna psihiatrija se je lahko razvila v 50. in 60. letih prejšnjega stoletja predvsem zaradi sovplivanja antipsihiatričnega gibanja in razvoja psihofarmakov, ki so omogočali boljše človekovo delovanje in funkcionalnost med prejetjem terapije. Skupnostni pristop integrira psihiatrično zdravljenje, delovno terapijo in socialnovarstveno obravnavo z uporabničinim lokalnim okoljem, torej s svojci, sodelavkami, hkrati pa tudi s splošno zdravnico, zobozdravnico in ostalimi (Marušič 2002: 46–8).

Republika Slovenija se je zavezala k skupnostni obravnavi leta 2005 s podpisom deklaracije o duševnem zdravju in Akcijskega načrta za duševno zdravje v Evropi. Do sedaj je bilo sicer že kar nekaj poskusov razvoja skupnostnega pristopa. Psihiatrična klinika Ljubljana od leta 2005 razvija multidisciplinarni timski ACT (*assertive community treatment*) model obravnave, v katerem opažajo, da se je ležalni čas bolnic v primerjavi s

hospitalizacijami pred vključitvijo v skupnostno obravnavo občutno zmanjšal, hkrati je prihajalo do manj hospitalizacij, v skupnostno obravnavo vključene osebe pa svojo kakovost življenja ocenjujejo kot višjo. Podobni poskusi uvedbe skupnostne psihiatrije so prisotni tudi na Oddelku za psihiatrijo Univerzitetnega Kliničnega Centra Maribor ter v Psihiatrični bolnišnici Idrija in Ormož (Bulić Vidnjevič 2011: 1–4).<sup>13</sup>

Najvidnejši akter na področju zagovorništva in psihosocialne rehabilitacije, tj. skupnostnega pristopa, je bila že zgoraj omenjena Visoka šola za socialno delo, danes Fakulteta za socialno delo. Neinstitucionalnemu opozarjanju na problematiko bolnišnične psihiatrične obravnave, kot je Iz-hod iz leta 2010 (glej Flaker in Rafaelič 2010), je bilo hkrati tudi snovanje različnih nevladnih organizacij (Altra, Šent, Ozara, Novi paradoks, Vezi), ki so dandanes eden izmed ključnih akterjev na področju psihosocialne rehabilitacije.<sup>14</sup>

Kljub prikazanemu v Sloveniji še vedno težko govorimo o sistemski ureditvi skupnostne oskrbe oseb s težavami v duševnem zdravju. Kot bo poudarjeno kasneje, je pritisk na skupnostne službe velik, neproporcionalna pa je njihova odvisnost od projektnega dela, nestabilnost podaljševanja projektov s strani financerjev, vse višja birokratizacija strokovnega dela in podobno, kar priča o svojevrstnem stanju na tem področju v Sloveniji.

## **2.2. Potrebe uporabnic po zagovorništvu in vloga zagovorništva**

Da bi sploh lahko govorili o zagovorniški dejavnosti kot taki, moramo najprej razumeti, zakaj in kako tovrstne potrebe sploh vzniknejo. Če privzamemo, da se oseba s težavami v duševnem zdravju zaradi kopice bioloških, psihičnih in družbenih dejavnikov znajde v družbeno neenakem položaju, potem slednje implicira, da je osebi zmanjšana avtonomnost. Domača literatura vidi okrnjeno avtonomijo predvsem v kontekstu hospitalizacije uporabnice z vsemi družbenimi implikacijami, ki jih ima ta proces za uporabničino samostojno življenje. Omenil bom tudi druge intervencije zagovornic, hkrati pa skušal pokazati, kakšno vlogo ima zagovornica v odnosu do institucij in uporabnice. Poleg potreb po zagovorništvu in njegove vloge se hkrati ukvarjam še z vprašanjem, kdo opravlja zagovorništvo. Morda je zaradi kopice tematik besedilo mestoma konfuzno, vendar bi večja sistematizacija besedila implicirala zgolj shematizem, ki ne bi odgovarjal

---

<sup>13</sup> Za več o skupnostni psihiatriji glej Bregar in Peterka Novak (2011).

<sup>14</sup> V diplomskem delu bo vidnih nekaj vidikov delovanja društva Altra, vendar zgolj zato, ker sem tam opravljal terensko delo.

realnemu stanju na terenu.

### 2.2.1. Hospitalizacija

Hospitalizacija in obravnava v instituciji sta družbeno zanimiva procesa, ki sta poleg zanimanja zgodovinopisja pritegnila marsikatero raziskovalko. Socialna delavka in uporabnica Tanja Lamovec je videla potek hospitalizacije kot odvzem bolničine identitete pri zadovoljevanju temeljnih človekovih potreb v bolnišnici, kot so hranjenje (če jo hospitalizirana odkloni, jo s hrano silijo); oblačenje (odvzem vseh osebnih oblek, obvezno nošenje pižam);<sup>15</sup> varnost (strah pred »terapevtskimi' oziroma disciplinskimi postopki«). Sklene, da psihiatrične ustanove zadovoljujejo le biološke potrebe in še to na način, ki ne omogoča razvoja višjih potreb (2006[1995]: 175–7). Ob predpostavki, da institucije s svojimi diskurzi in praksami, torej logiko delovanja institucije kot tako, pasivizirajo in dekontekstualizirajo hospitalizirane iz njihovega okolja, v katerega so bile vpete pred hospitalizacijo, je zagovorničina naloga »pomagati pri spreminjanju uporabnika iz objekta v subjekt« (ibid.: 230). Kot beremo tudi v tuji strokovni literaturi, je samostojnost uporabnice oziroma sposobnost samozagovorništva temeljni cilj zagovorniške dejavnosti (Carlsson 2014: i).

Tanja Lamovec na drugem mestu opozori na nujnost, da uporabnica v instituciji spremeni svojo identiteto, se prilagodi novi realnosti svojega družbenega konteksta, »ki nagrajuje predvsem ubogljivost, pasivnost, neinicativnost, nevidnost in konformizem« (Lamovec 1998: 32).

Hospitalizacija ima v sodobni zahodni družbi določene ritualne značilnosti. Hospitalizacijo lahko razumemo kot obred prehoda (Helman po Šimenc 2005: 106). Izhodiščni družbeni status bolne osebe se ob sprejemu spremeni, kakor nakazuje na primeru psihiatrije Tanja Lamovec. Institucionalna obravnava iz osebe s težavami naredi pacientko. Poleg ritualnih vidikov samega zdravljenja v bolnišnicah je ritualnost inherentna tudi zaključni fazi, procesu odpusta iz bolnišnice (Šimenc 2005: 106). Spremenjena družbena identiteta po koncu psihiatrične obravnave ima mnogo specifik, ki jih ob primerih operacije kile ali po preboletem prehladu ni zaslediti. Gre za stigmo

---

<sup>15</sup> Marsikaj ni več tako, kot je pred leti opisovala Tanja Lamovec, tudi zaradi sprejetja Zakona o duševnem zdravju (2008). Vsaka hospitalizirana ima možnost imeti pri sebi telefon in lahko nosi svoje obleke. Slednje lahko ustvari naslednje anekdotične primere: »jaz sem imela primer ko je bil prijatelj na oddelku pa sem ga šla obiskati pa sem potem hotela ven iti pa mi zdravnica ni dovolila, ker ni vedela da sem na obisku, ker ni vedela da nisem sprejeta in ni dovolila in sem rekla ne, da sem samo na obisku in je cela procedura šla do sestre ali je ta notri ali ni, ne ne saj je na obisku potem vas bom pa ven spustila, tudi precenila ni kot zdravnica da sem čisto stabilna.« (Sara, 5. 3. 2015)



(Goffman 2008[1963]), ki pri osebah, ki so bile *nekoč* hospitalizirane, odzvanja na mnogih področjih. Še danes razširjen pojav je, da psihiatrično obravnavane osebe znatno izgubijo družbene mreže. Poleg tega jih odmev hospitalizacije doleti na eksistencialno pomembnih točkah življenja, npr. pri iskanju zaposlitve.

Strategijam spopadanja s stigmo in strategijam »upravljanja poškodovane identitete« nisem posvetil veliko pozornosti, vendar je to nedvomno pomemben aspekt vsakdanjega življenja uporabnic. Na dnevnem centru Altre pomagajo pri pisanju prošenj, vadbi dobre prezentacije na razgovoru ipd., odločitev o »razkrivanju« svoje kariere v institucijah pa prepustijo vsaki osebi posebej (Andreja Torlak, 1. 4. 2015). Republika Slovenija sicer po novem daje olajšave delodajalkam ob zaposlovanju oseb s statusom invalidnosti, kar bi lahko bila spodbuda za odkrivanje institucionalne kariere. Poleg tega je po mnenju sogovornice najboljše na razgovoru za službo povedati vse, saj se le v tem primeru kolektiv lahko zaveda morebitnih težav, ki lahko nastopijo, kar daje boljše možnosti za spopadanje z njimi. Po drugi strani pa je marsikdaj potrebno, da si uporabnica na razgovoru izmišljuje pretekle delovne izkušnje za čas, ko je bila v psihiatrični obravnavi, saj ne želi razkriti že omenjene institucionalne kariere psihiatričnega zdravljenja.

### 2.2.2. Sprejem in napotitev

Oseba ima ob hospitalizaciji možnost, da jo nekdo spremlja. Socialna delavka iz dnevnega centra Altre poudari, da je poleg sprememb v obravnavi (v strokovni literaturi t. i. trdni izidi; *hard outcomes*) spremstvo pomembno predvsem v občutku varnosti zagovarjane osebe (v strokovni literaturi t. i. mehki izidi; *soft outcomes*)<sup>16</sup>: »Moja vloga je bila, da sem osebo prepričala, da je obisk pri psihiatru nujno potreben, da sem ji dala varnost in da sem šla z njo« (Andreja Torlak, 1. 4. 2015).

Pri stiku s psihiatričnimi institucijami velikokrat pride prav že družba ob stiku z institucijo. V spodnjem primeru je bila sogovornica družba svojemu prijatelju, katerega situacijo je poznala, hkrati pa sta se zdravila za isto diagnozo. Pospremila ga je na Enoto za krizne intervencije (Centra za mentalno zdravje Psihiatrične klinike v Ljubljani):

*Jaz sem šla po domače rečeno, psa sem vzela, da smo imeli družbo, pa sem ga*

---

<sup>16</sup> To analitično distinkcijo je opaziti v tuji literaturi o zagovorništvu (glej npr. Carlsson 2014). Čeprav se zdi preveč shematična (nevarno tudi spominja na idejo o »trdih« in »mehkih« znanostih), je hkrati uporabna v poudarku pestrosti vplivov zagovorništva, slednji pa se seveda v realnosti prepletajo. Mehki izidi naj bi se torej nanašali bolj na občutek varnosti in sprejetosti zagovarjane osebe, trdni izidi pa na »dejanske« izide, torej na pospešen ali ugoden potek birokratskih postopkov, uspešno razrešene prošnje, vloge ...

*zunaj privezala pa smo počakali zdravnico, pustila sem ga da se je zmenil, saj itak ne smeš iti zraven [v ambulanto], pacient zdravnik imata solo pogovor razen če bi on izrecno želel.* (Sara, 5.3.2015)

Prednosti prisotnosti tretje osebe pri postopku sprejema poudari tudi sogovornik David. Ob njegovi prvi hospitalizaciji ga je pospremila mama. Pravi, da je bila za celotni postopek sprejema njena prisotnost koristna, saj psihiatri potrebujejo »tretje mnenje. Da potrdi tisto kar sem jaz povedal, jaz bi se lahko lagal, moja mama bi pa rekla drugače. Zato.« (David, 26.2.2015)

Šok ob (predvsem prvi) hospitalizaciji je lahko tako velik, da uporabnici odpove še tako trdno znanje na področju duševnega zdravja, kot na primer sogovornici, ki je študirala socialno delo. Sara venomer poudarja vlogo uporabničnega znanja o zdravilih, poznavanja svojih stisk, potreb v času krize, svojih pravic in artikulacije vsega tega, ob prvem sprejemu pa ji je vse znanje s tega področja »odpovedalo, samo iz principa a zdaj se je pa to meni zgodilo. /.../ Ja predstavljaš si, da danes intervju z mano delaš jutri pa glasove dobiš. Danes raziskuješ stvari jutri si pa ti na sprejemni. Ni luštno, najprej rečeš o fak a to je to.« Takole nadaljuje:

*Potem je bil nek star doktor na sprejemni, nek profesor, jaz samo vem, da sem tak špeh dobila za podpisati. In pravi brat [ki jo je spremljal ob sprejemu], a pa ti sploh veš kaj imaš za podpisati, jaz pa, kaj saj je vseeno, pred tem sem pa jaz 2 leti študirala duševno zdravje pri Tanji Lamovec, tako da ...« (Sara, 3. 4. 2015)*

Vsemu znanju navkljub je bil šok ob prvi hospitalizaciji Sare tako močen, da ji to v konkretni situaciji ni pomagalo. Podobno opaža skupina za spremljanje zastopnikov: »Pogosto se zgodi, da so posamezniki ob sprejemu zmedeni, prestrašeni, preveč razburjeni, da dojamejo vse svoje pravice in kaj se z njimi dogaja« (Urek et. al. 2011: 9). Zakonsko obstajata dve varovalki: s pravico do zastopnika se lahko hospitalizirana oseba seznanj kasneje, zastopnika pa lahko za hospitalizirano osebo izbere njej bližnja oseba. Takšno pooblastilo lahko uporabnica prekliče kadarkoli in na kakršenkoli način (za več o institutu zastopnika glej spodnje podpoglavje).

Hospitalizirana oseba začne svojo obravnavo na psihiatrični kliniki na sprejemnem oddelku (moškem ali ženskem), ki je zaprtega tipa. Kasneje se tekom obravnave odloča o prehodu na druge oddelke. Gledano na »trdne« učinke prisotnosti zagovornice na postopek, lahko omenimo mnoge izkušnje, ko so bile uporabnice hitreje premeščene na odprti oddelek, ker so bile pravočasno hospitalizirane. Brez tega, da bi se uporabnice

zaupale komu v dnevnem centru, bi se njihova kriza poglobljala, kar bi lahko rezultiralo v kasnejši prisilni hospitalizaciji (Andreja Torlak, 1. 4. 2015).

Prisotnost zagovornice (v konkretnem primeru je bila to koordinatorica obravnave v skupnosti; za več o tem glej spodnje podpoglavje) je uporabnici prinesel krajšo hospitalizacijo:

*... sem prišla in je [psihiatrinja] videla, za kaj gre in je koordinatorica rekla, ali lahko samo tri dni, ima psa, nimamo varstva, smo zdaj zrihtali za tri dni varstvo, če bo šlo skozi, če bi se dalo, če ne bo hujšega samo za tri dni, da si spočije potem pa domov. /.../ Tretji dan je bila vizita, dajo mene na obravnavo, sem rekla šit to bo pizdarija, dvignem roko, rečem gospa doktor kaj pa jaz, pravi nič, vi greste pa domov. Se pravi, če nekdo garantira zate, da si ok, da rabiš samo na hitro en tretma, se tudi to da zmeniti. (Sara, 5. 3. 2015)*

Zagovornica lahko kdaj tudi prepreči hospitalizacijo. Obe socialni delavki dnevnega centra Altre sta kot priči zagovarjali uporabnika, saj so ju na njegovo željo poklicali v postopku hospitalizacije uporabnika proti svoji volji po sklepu sodišča.<sup>17</sup> V postopku je opisala vključitev uporabnika v program dnevnega centra, kjer se je po njenem mnenju pokazalo, da ni potrebe po hospitalizaciji, saj na svojih obiskih izkaže primerno vedenje in duševno stanje. S svojo intervencijo sta preprečili hospitalizacijo (Andreja Torlak, 26. 5. 2015).

### **2.2.3. Med hospitalizacijo – institut zastopnika pravic oseb na področju duševnega zdravja**

Zakon o duševnem zdravju iz leta 2008 je uvedel institut »zastopnika oziroma zastopnice pravic oseb na področju duševnega zdravja«,<sup>18</sup> ki varuje pravice, interese in koristi institucionalizirane osebe.<sup>19</sup> Slednja ima pravico do zastopnice po zakonu v postopkih obravnave v oddelku pod posebnim nadzorom, v varovanem oddelku in v nadzorovani obravnavi (23. člen). Zastopnica predvsem daje informacije o pravicah, ki

---

<sup>17</sup> Kot razložim podrobneje v drugem poglavju, Zakon o duševnem zdravju predvideva dve možnosti hospitalizacije proti volji – *po sklepu sodišča* ali pa *v nujnih primerih*, pri čemer sklep sodišča (v nepravdnem postopku) sledi šele po hospitalizaciji.

<sup>18</sup> Za strokovno pojasnitev terminološke zmede med »zagovornik« in »zastopnik« (Flaker et. al. 2009: 7–9).

<sup>19</sup> Skupina za spremljanje zastopnikov zakon komentira takole: »Smisel zakona je torej reguliranje omejevanja človekovih pravic in svoboščin« (Urek et. al. 2011: 9). Da se zakonsko predpisane pravice kršijo, navaja tudi dokument Skupine za spremljanje zastopnikov. Dokument mestoma poda terensko analizo izvajanja zastopniške funkcije. Analizira (ne)uresničevanje pravic oseb na zaprtih oddelkih po intervenciji zastopnika, kot so npr. udejanjanje pravice do dopisovanja in uporabe elektronske pošte, pravice do uporabe telefona, pravice do obiskov, pravice do gibanja... (za primere iz terena glej Urek et. al. 2011: 17–35).

izhajajo iz 12. člena Zakona o duševnem zdravju, 13. člen pa dovoljuje, da so v izjemnih primerih pri hospitalizaciji lahko začasno omejene vse pravice razen pravice do zastopnice. Slednja je, če jo je uporabnica izbrala, tudi ena izmed naslovnih sklepa, ki ga sodišče po nepravdnem postopku dolžno napisati ob vsaki omejitvi pravic tekom hospitalizacije (13. člen). Neodvisno zagovorništvo za razliko od drugih vrst zagovorništva lahko intervenira predvsem v postopkih obravnave znotraj institucij (Urek et. al. 2011: 5). Če je delo zagovornic, kot bomo opazili v tem poglavju, vezano na pomoč uporabnicam izraziti svoj glas, je hkrati pomembno tudi, »da je ta glas upoštevan« – in prav formalni mandat zastopnice je tisti, ki lahko brani udejanjanje človekovih pravic v institucijah (Urek et. al. 2011: 4). Institucije razvijejo strategije ščitenja svojega delovanja. Občutek lojalnosti do institucije lahko zasenči skrb za uporabnico: »To tudi povzroča, da osebe kritike in pritožbe, ki jih uporabniki podajo na račun institucije, dojamejo kot kritiko njihovega lastnega dela« (Brandon in Brandon po Urek et. al. 2011: 5–6). Prav zaradi vpetosti osebja v institucije je od slednjih težko pričakovati neodvisnost.

Kot lahko opazimo v zakonu, je pravica do zastopnice omejena zgolj na določene situacije tekom hospitalizacije in ne vključuje primerov na odprtih oddelkih.<sup>20</sup> To pomeni, »da pridejo v akcijo šele, ko je prisilno pridržanje. Ko so uporabniki pridržani proti svoji volji.« (Tilen Recko, 22. 4. 2015) Omeniti je treba tudi, da je bila intenca stroke ob pisanju zakona uvedba *zagovornika*, vendar je odločevalska stran izbrala zastopnika, kar se stroki socialnega dela zdi že konceptualno in praktično preozko.<sup>21</sup> Podobno zapiše Skupina za spremljanje zastopnikov: »Zakon ni dovolj ambiciozen, da bi opisal vse naloge zastopnika, ki bi temu institutu lahko pripadale« (Urek et. al. 2011: 7).

Sogovornica Melisa je klicala zastopnico, saj je mislila, da lahko slednja pospeši postopek odhoda iz sprejemne na odprti oddelek. Kot je razvidno iz spodnjega citata, je zagovornica lahko zagotovila (zgolj) sprejemajoče okolje za uporabnico, saj realno ni mogla spremeniti ničesar.

*Ona je ful poslušala, bila ful prijazna, je rekla da bo povedala, da bo poskusila to, kar more, potem pa je prišla nazaj in rekla, da nimajo njene besede nič vpliva, me*

---

<sup>20</sup> Da je zastopnica omejena na »varovanje pravic«, realne potrebe uporabnic pa so mnogo širše, potrjujejo tudi izkušnje s terena. Ob pridržanju proti lastni volji uporabnice resda »tudi najbolj rabijo podporo, je pa dejstvo tudi, da se vse ne začne in ne neha tam. Medtem ko pooblastila zastopnikov pa se začnejo in končajo tam« (Tilen Recko, 22. 4. 2015).

<sup>21</sup> Dve novosti, ki ju prinaša Zakon o duševnem zdravju – koordinator obravnave v skupnosti in zastopnik – stroka komentira takole: »še enkrat poudarjamo, da sta pooblastila in vloga obeh profilov, predvsem pa vloga zastopnika, preozko zakonsko definirana« (Flaker et. al. 2009: 5). Hkrati vlogo zagovornice, kot je definirana v zakonu, ocenjujejo kot fragmentarno (ibid.: 7).

*je tolažila pa cigarete mi je nosila. Ne moreš ti, ko si enkrat tam, je po njihovem postopku in karkoli ti poskušaš spremeniti, se ne upošteva. /.../ Ja pomagalo mi je čim je nekdo sočuten, čisto človeško mi je pomagalo. Spomnim se, ena delovna terapevtka je bila sočutna, od zdravnikov pa praktično noben. (Melisa, 17. 5. 2015)*

#### **2.2.4. Po končani hospitalizaciji**

Z Zakonom o duševnem zdravju (2008)<sup>22</sup> je v Sloveniji začel delovati institut »koordinatorja obravnave v skupnosti« (v nadaljevanju KOS; omenjeni zakon predpisuje njegove naloge od 91. do 96. člena). KOS je zaposlena na Centru za socialno delo (v nadaljevanju CSD ali Center).<sup>23</sup> KOS naj bi bil po zakonu zadolžen za koordiniranje psihosocialne rehabilitacije osebe, ki je zaključila zdravljenje v psihiatrični bolnišnici. Omenjeno rehabilitacijo zapiše skupaj z uporabnico v načrt obravnave v skupnosti, kjer skupaj definirata cilje in začneta iskati lokalne akterje, ki bi pri uresničevanju načrta lahko pomagali. KOS sklicuje tudi multidisciplinarni tim, ki skladno s cilji uporabnice združuje pomembne lokalne akterje, izvajalce obravnave v skupnosti.

V Sloveniji se je koordinacija dogajala že pred uvedbo zakona na CSD-jih, na društvu Altra (projektno), v Bolnici Golnik (koordinacija odpusta) in v pilotnem projektu Individualiziranja financiranja storitev socialnega varstva iz leta 2007 (Flaker et. al. 2009: 17; o slednjem glej ibid.: 20–8). Citirani članek poudarja terapevtske učinke sooblikovanja osebnega načrta uporabnice, ki jo kot metodo uporabljajo pri koordinaciji med drugim tudi v pilotnem projektu Individualiziranja financiranja storitev socialnega varstva. Oblikovanje osebnega načrta ima terapevtske učinke, saj izhaja iz vrlin posameznice, slednja pa revalorizira podobo o sami sebi ter s strokovnjakinjo *sodeluje* (Flaker et. al. 2009: 23–4).<sup>24</sup> Kot je bilo omenjeno že zgoraj, je zagovorništvo eden izmed ključnih konceptov ravno v skupnostnem pristopu obravnave oseb s težavami v duševnem zdravju. Jasno je, da je delo KOS v veliki meri prežeto z zagovorniško *držo*, čeprav zagovorništvo kot tako ni eksplicitno naštetu pri zadolžitvah in nalogah KOS. V osebnih načrtih uporabnic se znajde

---

<sup>22</sup> Strokovnjaki in strokovnjakinje zakon komentirajo kot kompromis med ščitenjem uporabnic in ohranjanjem strokovne moči, na kar opozorijo tudi s kontradikcije v zakonu, ki jih implicira omenjeni kompromis med medicinskim in socialnim pristopom (Flaker et. al. 2009: 4).

<sup>23</sup> Pogosto pokriva večje območje, kot ga pokriva CSD, na katerem je zaposlena. Tako so na primer v Ljubljani na CSD Moste-Polje delujoče štiri KOS, koordinatorica iz CSD Kočevje pa pokriva območja CSD Kočevje, Ribnica, Vrhnika in Grosuplje.

<sup>24</sup> Hkrati članek poudari bifokalnost pogleda metode individualnega načrta: tudi če se cilja ne doseže, je morda kdaj bolj kot cilj pomemben prvi korak do njega. V navedenem projektu si je neki uporabnik želel vključiti v avtošolo. Čeprav je bil zaradi njegove močne nesamostojnosti cilj nerealen, so vseeno delali na njegovi uresnitvi, tako da je uporabnik hodil na predavanja o cestnoprometnih predpisih, torej hodil ven iz stanovanja, hkrati pa spoznaval nove ljudi (Flaker et. al. 2009: 25).

marsikaj, med drugim:

*...nekateri imajo za cilj dobiti več denarja, spet drugi stanovanje, pomoč na domu, razlikujejo se v samostojnosti, ..., so pa med cilji tudi druge stvari – tečaj risanja, ureditev zob, vključitev v nevladne organizacije, tako malo za druženje, pri nekaterih celo prostovoljstvo iščemo, /.../ zmanjševanje dolgov je zelo pogosto, tudi pravna pomoč ali pa potreba po pridobitvi invalidske pokojnine. (Tatjana Romih, 11. 3. 2015)*

Po odpustu iz psihiatrične bolnice nastopi za uporabnike velikokrat najtežje obdobje (Lamovec 2006[1995]: 228), saj se morajo spopasti s svetom, ki navadno od njih terja stvari, ki jih marsikdaj še niso sposobni. Sogovornik, ki ima delavno mesto zagovornika, takole poudari predvsem pomen zagovorništva za osebe z izkušnjo dolgotrajne institucionalizacije:

*Ker če se dejansko začne dezinstitutionalizacija, ker je treba povedati tistim na pozicijah odločanja, da ko bodo ljudje prišli ven iz zavodov in institucij, bodo rabili tudi zagovornika, predvsem zagovornika, ker se ne bodo znašli, bodo rabili ljudi da jim pomagajo, če si ti dolgoletno institucionaliziran, tebi je fino če dobiš osebno asistenco, včasih je pa fino, da se znaš postaviti za sebe in sam to težko zmoreš. (Tilen Recko, 22. 4. 2015)*

### **2.2.5. Zmanjševanje doz medikamentozne terapije**

Potrebe po zagovorništvu se pojavijo, mimo spremstva ob hospitalizacijah, tudi pri spremstvu na ambulantnih obravnavah. Uporabnica takrat navadno želi sporočiti psihiatrinji željo po spremembi ali zmanjševanju terapije. Zagovornica tako opolnomoči in spodbudi uporabnico, da vsako spremembo terapije naredi skupaj s psihiatrinjo. Hkrati tudi opravi spremstva na ambulantnih obravnavah, kjer uporabnica sama pove svojo težavo, strokovna delavka pa v primerih, ko vidi velik napredek pri osebi, podpre njeno izjavo s tem, da je bila redno vključena v psihosocialno rehabilitacijo. Seznanjenost psihiatrinje s spremembami terapije je pomembna tudi iz zelo praktičnih vzrokov, na kar socialna delavka opozori in s tem motivira uporabnice, da sporočijo spremembe pri jemanju terapije: »Če potem pride do hospitalizacije, ima uporabnik napisano terapijo, ki jo je v zadnjem času dejansko jemal« (Andreja Torlak, 1. 4. 2015).

### **2.3. Birokracija – utrujenost od papirjev**

Vse potrebe po zagovorništvu in podpori uporabnikom pa niso vezane zgolj na

proces hospitalizacije in njene učinke:

*Mislím, da vsak človek kdaj izgubi kakšne kapacitete ali pa so mu zmanjšane ali pa se preprosto ne znajde. Določeni ljudje so briljantni v enih stvareh, v drugih pač ne in ja, tudi če ne bi bilo institucij, še vseeno bi rabili zagovornika. Na Švedskem imajo še vedno zagovornike pa so zelo dezinstitucionalizirana država. Ker pač nismo vsi dobri v vsem, je pa veliko nas, ki sploh nismo dobri v teh pravnih zadevah. (Tilen Recko, 22. 4. 2015)*

Socialna delavka v vlogi zagovornice torej lahko intervenira tudi na drugih institucijah, kot je na primer Zavod za zaposlovanje. V mnogih primerih je prisotnost zagovornice pomenila hitre spremembe pri postopkih. Sogovornik je pred zagovorniško intervencijo socialne delavke iz Altre na Zavodu zaposlovanje poskusil doseči, da bi ga obravnavali na invalidski komisiji, a zaman. Situacija se je nemudoma obrnila ob prisotnosti zagovornice. Zaradi povednosti primera ga navajam malo izdatneje:

*JG: No in ko sva midva prišla na zavod k svetovalki, je takoj začela, no ste našli službo, tako veš arogantno, in ko je pa to Andreja slišala, pa se je oglasila pa rekla: veste jaz sem pa ta pa ta od tam pa tam in me zanima, kako pa to... in se je svetovalka se samo naokoli obrnila in je rekla, saj, veste, to se da pa vse uštímat.*

*JŠ: A bejž?*

*JG: Ja bejž! In jaz sem tam sedel in nisem mogel verjet, sem rekel aja, če pa nekdo gre z mano pa se stvari lahko hitro uredijo, zato je bilo dobro, da je šla z mano, ker če ne bi šla z mano, še danes ne bi nič verjetno uredil. Vprašanje kaj bi bilo z mano, tako da takrat so se začele stvari urejati, tako kot se morajo urejati. Se pravi je bila prava beseda na pravem mestu, se pravi z mano uporabnikom tako da so se stvari uredile. /.../ Pred tem pa mora trajat.*

*JŠ: Koliko časa pa je trajalo tisto?*

*JG: Tri leta.*

*JŠ: Fak.*

*JG: Se pravi štirikrat sem bil v bolnici, 3, 4 leta je bilo kritično ker na zavodu niso naredili, kar bi morali narediti. (Jože, 1. 4. 2015)*

Osebe z dolgotrajnimi duševnimi stiskami, ki jih stiske ovirajo pri vsakdanjem življenju, tudi pri delu, pogosto vidijo možno rešitev svoje situacije v pridobitvi statusa invalida. Slednjega se pridobi preko komisije na Zavodu za pokojninsko in invalidsko

zavarovanje (ZPIZ) ali na Zavodu za zaposlovanje.<sup>25</sup> Ob vložitvi vloge je dostikrat pomembno spremstvo strokovne delavke. Socialna delavka iz dnevnega centra je

*spremljala nekega gospoda, ki bo vložil vlogo na invalidsko komisijo na ZPIZ-u, naj [psihiatr] čimbolj opišejo stanje uporabnika, ker ima naša beseda pri teh stvareh manjši pomen kakor mnenje psihiatra. Pomembno je tudi, da psihater v svoje mnenje vključi tudi uporabnikovo aktivno udeležbo v našem programu. O temah, ki se navezujejo na potrebe in želje uporabnikov, si ljudje s težavami v duševnem zdravju zaradi slabe samopodobe ne upajo govoriti s psihiatri. (Andreja Torlak, 1. 4. 2015)*

Za birokratske postopke, čakanja v vrstah, miselni napor urejanja vse potrebne dokumentacije – za vse to lahko človeku, ki ima še svežo izkušnjo hospitalizacije, zmanjka energije in zbranosti. Iz spodnjega primera je razviden tudi učinek dolgotrajne hospitalizacije.

*JŠ: A se je še kdaj kaj zgodilo, da je kdo moral iti kam kaj zrihtat s tabo, si kdaj še kaj rabil?*

*JG: Po tistem ko sem prišel lansko leto iz bolnice, sem nekoga rabil, da je šel z mano, k psihiatrinji je šla Andreja, ker sem bil čisto podrt.*

*JŠ: A po tistem pol leta?*

*JG: Ja po pol leta. Sem bil čisto adijo. Funkcioniral sem samo, da sem lahko hodil sam, razmišljati pa nisem mogel. Tako da je šla Andreja z mano, pomagala mi je urejati za stanovanjski sklad, da ne bom pozabil pa še kaj bi se našlo, karkoli je bilo povezano s socialo s stanovanjskim skladom s psihiatrijo tako da mi je ona pomagala. (Jože, 1. 4. 2015)*

Pomoč pri urejanju dokumentacije ni omejena samo na Zavod za zaposlovanje – socialni delavki iz dnevnega centra svoje uporabnice velikokrat pospremita tudi na CSD. Ob zategovanju pasu tudi socialnim institucijam, kot je CSD, se marsikdaj ne odobri vloga

---

<sup>25</sup> Veliko obiskovalk dnevnega centra na Altri ima status invalida preko ZPIZ-a. V tem primeru prejemajo invalidsko pokojnino. Če je še pred desetimi leti veljalo, da so invalidsko pokojnino dodeljevali mnogim, ki so oddali vlogo, je zdaj dodeljevanje pokojnin bolj restriktivno. Ob tem so, kot kaže primer, v veliko pomoč prav socialne delavke raznih dnevnih centrov – uporabnice lahko zagovarjajo kompetentno, saj z njimi preživijo veliko ur dnevno. Do invalidske pokojnine je upravičena oseba, ki preko dokazil zdravstvenih služb, predvsem psihiatričnega mnenja, ni zmožna za opravljanje pridobitnega dela in ima dovolj delovne dobe.

Večina mlajših uporabnic, ki pa nimajo dovolj delovne dobe za pridobitev statusa invalida na ZPIZ-u, si za lažjo pomoč pri iskanju zaposlitve ali pridobivanju socialnih prejemkov uredi status invalida na Zavodu Republike Slovenije za zaposlovanje (ZRSZZ). Na podlagi tega statusa jim pripadajo različne storitve (zaposlitvena rehabilitacija, vključitev v zaposlitvene centre ...).



tudi ljudem, ki socialne prejemke nujno potrebujejo. Zagovornica ima torej nalogo, da podrobno razloži stanje določene uporabnice in skuša po strokovni poti urediti razne birokratske postopke, npr. izpolniti vlogo za denarno socialno pomoč, ki pa uporabnicam vidno izboljšajo situacijo (Andreja Torlak, 1. 4. 2015).

Obstaja še kopica drugih primerov, kjer zagovorniška intervencija pride prav. Poleg zagovorništva pri osebni zdravnici so tu še primeri postopkov na sodiščih, kjer uporabnice marsikdaj same izrazijo željo po zagovorništvu: *»Neka oseba je to potrebovala zato, da ga niso hospitalizirali, nekdo pri pridobivanju očetovskih pravic«* (Andreja Torlak, 1. 4. 2015).

### **2.3.1. Strokovnjaki po poklicu**

Dosedanji primeri so se stekali predvsem v intervencije poklicnih strokovnjakov. Na podlagi terenske raziskave opažam, da največ potreb po profesionalni pomoči in vodenju vznikajo ravno v kontaktu uporabnice z različnimi institucijami, kar se lahko prevede v potrebe po pomoči v birokratskih postopkih.

V Sloveniji obstaja trenutno zgolj ena oseba na delovnem mestu zagovornika (na projektu »zagovorništvo« na društvu Altra). Dobri primeri prakse neodvisnega zagovorništva so zagovorniške organizacije denimo na Škotskem, ki se ukvarjajo zgolj z zagovorniško dejavnostjo (za analizo neodvisnega zagovorništva v Sloveniji glej Urek et. al. 2011). Čeprav je sogovornik na društvu Altra neodvisen od vseh ostalih organizacij, vseeno vidi problem v potencialnem primeru, ko bi moral zagovarjati neko osebo nasproti Altri:

*Že itak širši kontekst zagovorništva pri nas je, da zagovorništvo delajo vsi, ki delajo v socialnem varstvu in socialnem delu, mi smo pa edini, ki imamo delavno mesto zagovornika. V celoti gledano – jaz sem neodvisen od institucij, ampak če pride nekdo iz Altre pa težko zagotovim neodvisnost, ne morem zagovarjati uporabnika, če sem del te organizacije [proti kateri moram uporabnika zagovarjati], ampak nasproti drugim organizacijam pa sem neodvisen in moram na tak način delovati.*  
(Tilen Recko, 22. 4. 2015)

Poleg zgoraj navedenega sogovornika, ki je edini zagovornik na zagovorniškem delovnem mestu v Sloveniji, lahko to »funkcijo« ali »držo« ohranjajo mnogi profili, kot so – kot je razvidno iz zgornjih primerov – socialne delavke v nevladnih organizacijah na področju duševnega zdravja, ob njih pa še KOS in ostale.

Čeprav primeri neefektivnosti zagovorništva obstajajo in so v primerih intervencij na psihiatriji kar pogosti, to vseeno odpira povsem novo poglavje, ki ga na žalost nisem uspel pograbit do mere, ko bi tema zaslužila daljšo analizo. Kljub vsemu lahko zapišemo, da se mnogokrat zatakne, ali kakor pravi socialna delavka dnevnega centra za svoje primere neuspešnega zagovorništva na psihiatriji:

*Najhujše mi je bilo, da sploh vstopiti nisem smela, z obrazložitvijo, da to delo opravljajo oni in da uporabniku jemljem moč, saj bo že sam povedal. Določeni uporabniki zaradi slabe samopodobe potrebujejo samo našo prisotnost. Hkrati pa moja prisotnost vpliva tudi na tiste manj zavzete psihiatre, saj morajo dati na obravnavi več od sebe. Le slabši, ki jih k sreči ni veliko, nočejo slišati, te pustijo zunaj in je vedno isto, pacienti žal ne napredujejo v bistvu.* (Andreja Torlak, 1. 4. 2015)

Zagovornice po poklicu in druge poklicne strokovnjakinje imajo to možnost, da skušajo strokovno vplivati na spremembe zakonodaje in sistemsko ureditev nekega področja (sistemsko zagovorništvo). Kljub temu se nahajajo v zanimivem položaju – čeprav najbolj poznajo situacije uporabnic in imajo največ stika z njimi, so v profesionalni piramidi strokovnjakinj na področju duševnega znanja relativno nizko. V njihovi vsakdanji praksi je nenehno prisoten razkorak med želenim in realnim stanjem, hkrati pa je prisotna nemoč doseči korenite sistemske spremembe, prav sistemska (ne)urejenost področja, na katerem delajo, pa usmerja njihovo vsakdanjo prakso. Čeprav na deklarativni ravni zagovorništvo temelji na sodelovalnem odnosu med uporabnico in strokovnjakinjo, je vsakodnevna praksa strokovnih delavk prežeta z včasih manjšimi včasih večjimi etičnimi dilemami, lastnimi njihovi praksi, saj jim profesionalno znanje daje večjo moč v odnosu do uporabnice, kot jo ima npr. souporabniška zagovornica. Etiko vsakdanje prakse torej konstituira način, na katerega strokovna delavka »odigra« svojo odgovornost do uporabnice in njen občutek o tem, kaj je dobro in kaj slabo (Brodwin 2013: 17). Čeprav se z etiko vsakdanje prakse ukvarjam v drugem poglavju, naj spodnje vrstice služijo kot moja samorefleksija zagovorniških izkušenj, predvsem ohranjanja ali sploh vzpostavljanja sodelovalne, enakovredne pozicije med zagovornico in uporabnico.

### **2.3.2. Zagovorništvo od blizu**

Če smo do sedaj omenili nekatere primere zagovorništva od daleč, je zdaj čas, da skušamo pogledati tudi v dinamiko med zagovornico in uporabnico. V literaturi

prevladujejo analize učinkov in potreb zagovorništva po kopitu zgoraj predstavljenega, občutno manj pa je raziskav »mikro« dinamik v interakciji med zagovornico, uporabnico in tretjo stranjo.<sup>26</sup> V nadaljevanju torej želim predstaviti dva primera, ko sem bil sam v vlogi zagovornika. V prvem primeru črпам iz izkušenj, popisanih v terenskem dnevniku dne 17. 4. 2015, v drugem pa iz terenskih zapisov dne 31. 3. 2015.

### **2.3.2.1. Notranji mehanizmi zagovorništva – vzgodbljanje**

Anže je 53 letni gospod, ki je na Altro začel hoditi aprila po napotilu svoje sestre. Njegovo zgodbo poznam, saj me je socialna delavka iz dnevnega centra prosila, če bi ga spremljal na različne institucije za »urejanje papirjev«, zato sem bil že od začetka zraven na sestankih med njo, Anžetom in njegovo sestro.

Petnajst let je živel z mamo v hiši, bolj kot ne brez drugih socialnih stikov. Trenutno je prejemnik polovične pokojnine, ki mu jo je poštar do sedaj dostavljal v domač nabiralnik. Z mamo sta živela v nekakšni simbiozi, dokler ni pred kratkim umrla. Anže je že nekaj časa nazaj obiskoval psihiatra, vendar je potem samoiniciativno prenehal s terapijo. Že nekaj časa ni obiskal tudi osebnega zdravnika. Mama je bila skrbnica njegovega bančnega računa.

Skrb za Anžeta je sedaj prevzela njegova sestra. Oba sta utrujena od birokracije, zato se vidno pomirita, ko vidita, da ima socialna delavka pregled nad vsemi potrebnimi birokratskimi postopki. Anže pravi, da se ne počuti zmožen delati 8 ur na dan, hkrati pa ima dovolj delovne dobe, da bi vložil vlogo za invalidsko upokožitev. Zato je dolgoročni načrt oddaja vloge za invalidsko komisijo na ZPIZ-u.

Socialna delavka Andreja skuša narediti iz te kaotične situacije vodenja mnogih birokratskih postopkov zgodbo, tako za preteklost kot za prihodnost. Za nazaj skuša dobiti sliko pomembnih dogodkov v življenju uporabnika in bližnjih, za vnaprej pa skuša organizirati dogodke in opravila, ki jih moramo narediti, da bomo lahko čez približno pol leta pisali vlogo za invalidsko komisijo. Do takrat pa je potrebno urediti še mnogo stvari: prva in najnujnejša je urediti mesečno avtobusno vozovnico za brezposelne, saj zdaj Anže troši veliko denarja pri kupovanju kart za posamične vožnje. Z Zavoda za zaposlovanje potrebujemo potrdilo o brezposelnosti. Dobiti moramo tudi dokazila o delu na ZPIZ-u in uradni izračun delovne dobe.

---

<sup>26</sup> Za poglobljen študij primera (iz literature v slovenščini) in vpliva zagovorništva na proces dezinstucionalizacije osebe z dolgoletno izkušnjo bivanja v institucijah glej Bohinec (2012) ter Bohinec in Rafaelič (2012). Članka sicer ne reflektirata pozicij moči v interakciji zagovornice in uporabnice, vendar vseeno predstavita tematiko zagovorništva na »mikro« ravni etnografskih primerov.

V petek, 17. 4. 2015 sva šla z Anžetom najprej na Zavod. Najprej sva skupaj ponovila namen tamkajšnjega opravka. Na okencu je sam razložil, po kaj sva prišla. Naslednja postaja je bil Ljubljanski potniški promet. Ker sem videl, da je Anže malo zmeden glede postopka pridobitve kartice Urbana, rajši razložim jaz.<sup>27</sup> Na ZPIZ-u naju varnostnik preusmeri na pravo okence. Izračunamo delovno dobo, potrebno za invalidsko upokožitev, in naredimo izpis dela. Tu jaz prevzamem pogovor namesto Anžeta, saj se na ta del nisva pripravila. Takoj po odhodu s ZPIZ-a že hitim razlagati, zakaj in kako sva uredila. Zdi se, da razume.

Ko prideva na Altro, pride med kosilom še Anžetova sestra. Potem imamo sestanek, spet Anže, njegova sestra, socialna delavka in jaz. Zmagoslavno poročava o trikratnem in hitrem uspehu. Vsi smo navdušeni. Za mizo pridem malo po tem, ko so se ostali že usedli. Anžetova sestra joka. Socialna delavka Andreja z veliko energije predlaga, da preidemo na urejanje papirjev. Ugotovimo vse stvari o osebni zdravnici, psihiatru, o tem, da Anže ni jemal depo terapije, o skrbništvu pokojne mame na njegov račun na banki itd. Ker mora za invalidsko pokojnino psihiatrična kartoteka dokazovati nezmožnost za delo, sklenemo, da bo Anže pol leta hodil na preglede, saj si lahko le tako zviša možnosti, da bi mu bila pokojnina dodeljena. Andreja ponudi možnost spremstva pri psihiatru.

Zagovorništvo je torej dokaj poseben način dela z ljudmi, ki skuša ljudem dati moč, da se sami postavijo za svoje interese, sami izražajo svoje želje, se sami zagovarjajo ipd. Vseeno je to idealno razporeditev moči med zagovornico in uporabnico potrebno vsakič znova postavljati na novo oziroma ohranjati, vzgodbljati nove dogodke v skupno zgodbo. S tega vidika zagovorništvo deluje mnogo manj statično kot na prvi pogled.

### ***2.3.2.2. Dodeljevanje socialne pomoči med individualno stisko in birokratskimi kriteriji***

31. 3. 2015 me je socialna delavka Andreja z dnevnega centra prosila, da grem z uporabnico Ano na Zvezo prijateljev mladine Slovenije (ZPMS)<sup>28</sup> urediti vlogo za

---

<sup>27</sup> Paternalističnost in karitativnost sta kot načina delovanja izjemno prisotni, kar sem opazil tudi v tem primeru – prav nič ne bi bilo narobe, če bi besedo prevzel Anže sam in bi ga dopolnil po potrebi, vendar sem vseeno rajši jaz razložil situacijo uslužbencu na okencu. Opolnomočenja torej ne moremo razumeti zgolj kot samoumevno in že v naprej dano stanje, temveč kot stanje, ki se ga uspešno ali neuspešno potrjuje in aktualizira v vsakem trenutku.

<sup>28</sup> ZPMS je ena izmed organizacij, ki lahko napiše vlogo za subvencijo in jo potrdi. Poleg nje sta to še Karitas in Rdeči križ, kjer gospe ne obravnavajo, zato bi težko dali mnenje. Tu je še CSD, ki gospo sicer obravnava, vendar bi ji po Andrejini oceni prošnjo zavrnili, saj trenutno njeni finančni prilivi z rento, ki bo sicer kmalu prenehala, presegajo prag za dodelitev subvencije. Po mnenju Andreje, ki pozna situacijo uporabnice, je dodelitev vloge nujna, vendar sama ne mora napisati in potrditi vloge. Poleg naštetega smo izbrali ZPMS tudi zato, ker so mnogim uporabnikom na Altri že odobrili vlogo, njihov sedež pa je na Zaloški, zelo blizu dnevnega centra – gospa zelo težko hodi.

subvencionirano prehrano v ljudski kuhinji Pod strehco na Zaloški. Andreja mi je najprej na hitro razložila situacijo uporabnice. Gospa je prejemnica invalidske pokojnine (po ZPIZ-u),<sup>29</sup> prejema pa še 100 € iz dodatnih sredstev, ki pa ji bodo kmalu prenehala. Ker ima nizke dohodke in je dokaj gibalno ovirana (ima hude bolečine v hrbtu), je socialna delavka menila, da bi bila gospa upravičena do subvencionirane prehrane, hkrati pa si je tega želela tudi sama uporabnica, saj bi ji to izjemno olajšalo njen vsakdan (težko kuha in gospodinji). Trenutno ima dosti težav s prehrano, saj si mora, če ne kosi na Altri,<sup>30</sup> skuhati sama, ali pa ostane brez toplega obroka. Doma nima ustrezne pomoči.

Z gospo sva se nato odpravila na ZPMS. Vprašal sem jo, če mi lahko razloži situacijo, da bom vedel čim več in jo tako uspel čim boljše zagovarjati. Kmalu se je izkazalo, da gospa ne ve, ali je obravnavana na CSD ne zakaj greva na ZPMS. Gospe sem nato skušal razložiti, zakaj hodiva na ZPMS. Za nekaj časa sem začutil jezo in nestrpnost, ker gospa ni ustrezno seznanjena s svojo situacijo. Ko sva prispela do vratarja, ki naju je poslal v tretje nadstropje, je prišlo do naslednje ovire: stavba nima dvigala, gospa pa hoje v tretje nadstropje ne bi zmogla – v pisarno sem moral iti sam (kar sem naredil nerad, saj je eno izmed pomembnejših vodil zagovorništva prav delo *z* in ne *za* uporabnika). Strokovna delavka je takoj opazila, da uporabnice na ZPMS-ju ne obravnavajo, hkrati pa naj bi lahko izdajali vloge zgolj za družine z mladoletnimi otroci (gospejini otroci pa so že odrasli). Kasneje mi je Andreja povedala, da je bila na ZPMS-ju rešena že marsikatera vloga uporabnika, ki je imel odrasle otroke, vendar so očitno spremenili politiko podeljevanja vlog, saj so ob restriktivni politiki CSD-jev mnogi koristili ZPMS. Tako se je najin obisk ZPMS-ja končal zelo hitro in vrnila sva se na Altro. Kasneje smo se usedli uporabnica, Andreja in jaz in se pogovorili o situaciji. Na žalost bo verjetno potrebno počakati, da renta gospe preneha (veljajo birokratski kriteriji in ne *objektivni* izkustveni kriteriji stiske uporabnice!), potem pa bo potrebno spet začeti borbo z birokratskimi mlini CSD-ja, ki se žal z restriktivnimi politikami dodeljevanja vlog in odločb (»zaradi krize« pristojno ministrstvo z višanjem kriterijev zmanjšuje tudi količino odobrenih denarnih socialnih pomoči ...) dostikrat izkaže z nesocialnim delovanjem.

Na zadnjem primeru sem opazil, kako pomembno je ob opravljanju zagovorništva biti »oborožen« z informacijami in predvsem izjemno dobro poznati situacijo uporabnice,

---

<sup>29</sup> O močnih implikacijah dolgotrajne duševne stiske pri možnostih zaposlovanja sem že pisal. Kot posledica težje zaposljivosti in socialnih prejemkov se nemalokrat pojavlja tudi ekonomska šibkost.

<sup>30</sup> Vsak ponedeljek, sredo in petek, je na Altri kuharska delavnica. Kosilo stane 1 € (za kritje stroškov nabave), s to dejavnostjo pa se trudi opolnomočiti uporabnice za gospodinjska opravila, hkrati pa je zaradi nizke cene za mnoge dobrodošla pomoč pri shajanju iz meseca v mesec.

ki se jo zagovarja. Sam sem se znašel v nelagodni situaciji, ker na vprašanja socialne delavke na ZPMS nisem znal odgovoriti kompetentno, ker nisem imel dovolj predhodnih informacij. Nadaljnja frustracija je bila neučinkovitost najinega obiska na ZPMS, ki pa z vidika vsakdanjega zagovorniškega dela ljudi v socialnem delu najbrž ni velik problem.

### 2.3.3. »Učenje za življenje« – opolnomočenje za vsakodnevno življenje

Prav »oboroževanje« z informacijami je ena izmed ključnih nalog in zagovorniških dimenzij delovanja dnevnih centrov.<sup>31</sup> Dnevni centri nevladnih organizacij so eni izmed ključnih akterjev zagovorništva in opolnomočenja, ki sega od ozaveščanja o pravicah uporabnic v institucijah (psihijatrija, socialne službe) do vsakdanjega življenja:

*Ja, to [podajanje informacij] je eden izmed naših glavnih ciljev. Nekaj je da greš z njimi, kar sva zdaj govorila, drugo pa je čim večkrat podajamo informacije o vseh pravicah, ki jih pridobijo na različnih uradih (ZPIZ, CSD, Zavod za zaposlovanje ...). To je eden izmed pomembnih namenov dnevnega centra. Tukaj se učimo, kako se kuha, kako preživeti z nizkimi prejemki, kako recimo si za cel dan za 5 ali 6 evrov recimo nabaviti stvari, kako kvalitetno preživeti svoj dan... (Andreja Torlak, 1. 4. 2015)*

S programom dnevnega centra je Altra ena izmed nevladnih organizacij z največjim obiskom uporabnic, saj jih sprejme povprečno več kot 50 dnevno. Dnevni center je odprt vsak dan od 7.00 do 17.00, v tem času pa se odvije veliko aktivnosti, katerih povezovalni element je prav zagovorništvo, opolnomočenje – kot *način* prakse.

Kar nekaj delavnic je prav osredotočenih na opolnomočenje za vsakdanje življenje, kot npr. »učenje za življenje« (iz naslova tega podpoglavja), »osebna rast«, »čustvena inteligenca«, »asertivni trening« ipd.<sup>32</sup> Na delavnicah se uči kuhanja, načinov spopadanja s stresom, posreduje se informacije o pravicah v institucijah, ravnanja z denarjem, pomaga se pri pisanju prošenj za delo in tako dalje.

Kljub temu, da se ta funkcija dnevnega centra obiskovalcu na prvi pogled ne razkrije, je preverjanje (*skeniranje*) stanja uporabnic ena izmed ključnih:

*Veliko ljudi še vedno misli, da je dnevni center namenjen neformalnemu druženju, poleg organiziranja in izvajanja vseh dejavnosti v programu dnevnega centra imava strokovni delavki vedno posluš za potrebe uporabnikov. Da vseeno vidiva ali je vse v*

<sup>31</sup> Poleg tega je zagovorništvo sestavni del vsakdanje prakse tudi na drugih programih nevladnih organizacij na tem področju, kot so programi svetovalnic, stanovanjskih skupin ipd.

<sup>32</sup> Tilen Recko, zaposlen na programu zagovorništva, vidi opazne razlike sposobnosti uporabnic za izražanje svoje volje po obiskovanju teh delavnic.

*redu, da vprašava, da jih pokličeva notri če vidiva da so v slabši koži, a greš do psihiatra ali grem s tabo, da je ta »skening« in ta stari psihiatri po navadi si predstavljajo da je to nekaj drugega. (Andreja Torlak, 1. 4. 2015)*

Poleg dnevnih centrov raznih nevladnih organizacij, kot sem že omenil, zagovorništvo opravljajo tudi koordinatorke obravnave v skupnosti. Spodnji primer dobro prikazuje, kako lahko je v vsaki situaciji z zagovorniško držo vplivati na to, da se uporabnica uči spretnosti vsakodnevne komunikacije, izražanja svoje volje, uveljavljanja svojih pravic ... Sogovornica, koordinatorica obravnave v skupnosti, je skušala opolnomočiti uporabnico v odnosu z osebno zdravnico. Uporabnica je imela močno alergijo. Medicinske preiskave niso pokazale ničesar, simptomi pa so ostajali. Koordinatorica se je z uporabnico zmenila, da kar ona pokliče njeno zdravnico:

*In ko sem jaz poklicala, pa so imeli občutek da posegam v njihovo delo, ko zagovarjaš človeka in prosiš v njihovem imenu, ker te gospa prosi da pokličeš. In potem sem jo naslednjič vprašala kako je bilo. Je rekla, ja mi je dala napotnico, ampak je rekla, da drugič pa ne rabim sociale vmešavat. Moraš biti kar previden na kakšen način vstopaš v druge organizacije, ampak itak ni vse od tebe odvisno. Hitro vzamejo takšne klice kot osebni poseg v njihovo delo - tako kakor zdaj boš ti meni govoril kaj bom jaz delal. Saj po eni strani to razumem. Ampak ni namen, da mu govoriš kaj naj dela - naj da konkreten razlog zakaj noče poslati naprej, med tem, ko se uporabnica pred tabo praska skoraj do krvi. (Tatjana Romih, 11. 3. 2015)*

Velikokrat so sogovornice omenile, da razumejo vlogo zagovornice predvsem kot »odmev« uporabnice. Sogovornica je kot koordinatorica pomagala uporabnici, *da je bila slišana*, spet v luči opolnomočenja za reševanje vsakdanjih situacij. Uporabnica je dolga leta skrbela za neko stanovanje, saj so ji bližnji rekli, da je ona edina, ki ima za to čas. Kljub opolnomočenju skozi pogovor je koordinatorica videla, da je uporabnica podlegla svojemu občutku nemoči in nesamozavestnosti ter pritisku domačih, da bi za stanovanje vseeno skrbela. Opravili sta ponovni pogovor, kjer je bilo vidno, da je kljub temu, da je v pogovoru s svojci podlegla njihovem pritisku, skrb za stanovanje še vedno želela predati komu drugemu:

*Tako da v tem kontekstu recimo sem ji pomagala, da je bila jasno slišana, da želi to zadevo predati in potem so jo resno vzeli in so takoj nehali pritiskati nanjo. Poiskali so rešitev in se je ta stvar lepo razrešila in ona bo zdaj to predala naprej. V tem smislu je tu zagovorništvo, da jim pomagamo da so slišani. (Tatjana Romih, 11.*

3. 2015)

## 2.4. Souporabniška pomoč

Doslej sem se osredotočal predvsem na zagovorništvo s strani strokovnjakinj po poklicu. Enako pomembno je tudi zagovorništvo, ki prihaja s strani strokovnjakinj iz izkušenj in od bližnjih oseb, prijateljic ipd. Omenjeni obliki zagovorništva se ne izključujeta, temveč dopolnjujeta, saj imajo poklicne strokovnjakinje in strokovnjakinje iz izkušenj različne življenjske izkušnje ter »kompetence«, kar ugotavlja tudi strokovni delavec na Altri:

*Ljudje ki imajo podobne življenjske izkušnje, znajo drugim, ki imajo podobne, boljše pomagati kot kdorkoli drug. Nekdo, ki ima izkušnjo pridržanja proti svoji volji na psihiatrični kliniki pa je potem izplaval iz vsega tega ve, kaj pričakovati, kako se obnašati, zna dati nasvet. Ne naredi tega, naredi pa to in to, ali pa naredi to tako. Jaz te izkušnje nimam in ne vem, kako izgleda. Lahko svetujem, ampak ... Tudi uporabnik, nekdo ko se mu lahko zgodi, da se bo znašel v tem, bo bolj verjetno zaupal nekemu, ki je to že dal skozi. Plus še ta moment, da nek vrstniški zagovornik, ti v njem vidiš človeka, ki je preživel to, ki mu je ratalo. (Tilen Recko, 22. 4. 2015)*

Zgornje potrjuje naslednji primer: ko je sogovornica prvič zaslišala glasove, je bila njena prva reakcija za nasvet vprašati svojega prijatelja, ki ima podobne izkušnje: »sem rekla, glej to in to se mi dogaja, pa je rekel, ali govorijo med sabo ali govorijo tebi, pa sem rekla med sabo, pravi potem ti nič ne bodo naredili, pač ko bodo imeli dosti, se bodo umaknili« (Sara, 5.3.2015).

Souporabniško opolnomočenje nima predpisanega časa in kraja, težko ga zamejiti na distinktivne primere, saj je močno vpeto v vsakodnevno življenje. Neke nedelje smo se z uporabnicami in uporabniki dobili, da bi igrali karte. Pozno popoldne je prijateljica iz skupine postala rahlo nestrpna in je hotela iti, češ da ima nujen popravek. Ko smo izvedeli, kaj jo »preganja«, smo skupaj ugotovili, da to le ni vredno prevelike skrbi in da lahko stvar skupaj uredimo. Ponudili smo ji torej pogovor, svoja mnenja in poglede na situacijo, ki jo je razumela kot stresno, in zmanjšali njeno neugodje, hkrati pa jo obdržali še za nekaj časa v družbi, kar ji je bilo tudi všeč. Čeprav souporabniško zagovorništvo (kdaj lahko preberemo tudi vrstniško zagovorništvo) navadno ni organizirano, so zelo poznane izjeme skupine za samopomoč.

Kot pišem v naslednjem poglavju, iskanje profesionalne pomoči navadno pride



mного kasneje kot iskanje pomoči strokovnjakinj iz izkušenj. Še pred strokovno pomočjo se navadno aktivirajo solidarnostne mreže, svojo vlogo odigra skupnost, tudi splet ipd.

#### **2.4.1. Skupina za samopomoč**

Ker tudi souporabniško zagovorništvo ni samó dejavnost, temveč *način* delovanja, se tudi v sklopu dnevnega centra pojavlja mnogokrat, kot recimo na skupini za samopomoč<sup>33</sup>. Vsakič je na začetku skupine čas namenjen deljenju česarkoli, če kdo od prisotnih čuti potrebo po tem. Navadno kar nekaj ljudi pove kaj o svojem življenju v preteklem ali prihodnjem tednu, pri čemer lahko prisotni dajo svoje mnenje. Tudi med jedrnim delom skupine se stalno odpirajo prostori, kjer si lahko uporabnice in uporabniki vzajemno svetujejo, delijo svoje poglede in mnenja. Skupino za samopomoč sicer vodi strokovni delavec, hkrati pa že v svoji zasnovi ponuja verjetno največ možnosti souporabniškega zagovorništva v primerjavi z drugimi delavnicami v dnevnem centru.

Zanimivo je omeniti, da vodja skupin za samopomoč ni socialni delavec, ni *strokovnjak po poklicu*, čeprav je zaposlen na Altri in vsaj v delu svojih nalog vodi delavnice, za katere se lahko predpostavlja, da jih bo vodil strokovnjak po poklicu. Zanimivo je tudi, da se ravno iz tega naslova kdaj tudi pojavljajo očitki ali nezaupanje vanj, saj ni *strokovnjak*.

Tako torej lahko opazimo, da lahko souporabniško zagovorništvo trči ob vprašanje kompetentnosti zaradi domnevne nestrokovnosti »izvajalca«. Souporabniško zagovorništvo je po mojem mnenju nujno ne zgolj s praktičnih temveč tudi političnih stališč – s svojim sodelovalnim momentom daje pomembno opozicijo, dopolnitev prevladujočemu paternalistično-karitativnem pristopu biomedicine in psihiatrije, saj slednji stoji na predpostavki, da je pomoč domena »zdravih« »strokovnjakov«. To mnenje ne tiči v nujnem nestrinjanju s psihiatrično prakso, temveč v terenskem uvidu v potrebe po avtonomiji uporabniške pomoči. Zanimivo je, da se ravno ta navadno najbolj sreča s posledicami med drugim tudi medikamentoznih terapij, tj. s pasivnostjo uporabnic, in z utelešenimi predstavami psihiatrične stroke (da zdravi pomagajo bolnim), zato zna biti souporabniško zagovorništvo, organizirano v smislu skupin za samopomoč, pospremljeno z neodobravanjem in skepso.

V literaturi se omenja tudi konflikt interesov med uporabnicami in strokovnjakinjami, saj naj bi povečana moč uporabnic implicirala znižano moč

---

<sup>33</sup> Obstaja jih več, jaz sem se udeleževal mešane – tako za moške kot za ženske.

strokovnjakinj. Kot možna rešitev se pojavlja »neposredno financiranje« uporabnic, ki naj bi zmanjšala razlike v pozicijah moči do ostalih ustanov – posameznica bi torej v dogovoru s skupnostnimi službami izbirala ustanove in programe, ki jih želi koristiti.<sup>34</sup> Proces opolnomočenja po Tanji Lamovec vključuje med drugim tudi osvobodjanje od različnih vrst zatiranja, kamor avtorica prišteva »odvisnost od strokovnjakov, zdravil, svojcev in lastne lagodnosti« (1998: 19–21).

#### **2.4.2. Samozagovorništvo in opolnomočena uporabnica**

Poleg že izdatno poudarjenega pomena informiranosti uporabnic o pravicah v institucijah, o uporabljeni terapiji, o tem, kako dostopati do informacij in podobno, sogovornica poudari pomen refleksije o potrebah uporabnice v dani situaciji. Ob informirani uporabnici lažje delo čaka tudi zagovornico:

*Ko je meni oče umiral, sem jaz svojo zdajšnjo koordinatorico poklicala, glej ali se lahko nekje na kavi dobiva, ti pač moram par stvari povedati. Situacija bo takšna takšna takšna in takšna, in rabila bom to to to in to. (Sara, 5. 3. 2015)*

Z znanjem in informacijami je lahko uporabničin pristop do osebja na sprejemnem oddelku psihiatrične klinike popolnoma drugačen, kar implicira tudi drugačen odgovor osebja: »dogaja ti, vendar če imaš ti to znanje lahko ti na sprejemni rečeš glejte, ful sem živčna, ful sem razdražljiva, kričati bom začela, dajte zdravnika poklicati« (Sara, 5. 3. 2015).

Duševno zdravje seveda ni statična kategorija, zato marsikdo niti ni obveščen o pravicah in možnosti zagovorništva, ko gre v bolnišnico (Carlsson 2014: 10–1). Sogovornice in sogovorniki poudarjajo problem neobveščenosti in pasivnosti uporabnic, kar vodi tudi v neinformiranost in posledično slabše stanje, kot če bi informirano sodelovali s psihiatrinjami:

*Saj jaz ne rečem, informacije o zagovornikih na sprejemni so, telefoni, ... Ti imaš dostop, rabiš samo mobitel, aha čakaj, dober dan, jaz sem ta in ta ali lahko pridete, to je vse kar moreš narediti. Ampak ljudje tudi gledajo ne tega, najbolj pomembno jim je, kdaj se bo kadilnica odprla, kdaj bo kava, kosilo, potem se počiva, potem je malica, potem malo človek ne jezi se, malo televizije, potem se stuširaš in greš spat. Ljudje se sploh ne zavedajo, da bi lahko s sodelovanjem tudi izboljšali svoje počutje. Če pa nimaš znanja pa rečeš zdravniku samo, ja v redu sem, samo malo je*

---

<sup>34</sup> Za več o tem glej Rafaelič in Nagode (2012: 48–52).

*nekaj tako, ja potem je samo čez 14 dni kontrola. (Sara, 5.3.2015)*

Samozagovorništvo je v strokovni literaturi predstavljeno kot eden izmed glavnih ciljev katerekoli zagovorniške dejavnosti, saj slednje spodbujajo avtonomijo posameznice. Samoopolnomočenje je lahko najboljša pot do kolektivnega zagovorništva, ki do sedaj v besedilu ni dobilo toliko pozornosti. V Sloveniji obstajajo »sveti uporabnikov« na različnih nevladnih organizacijah na področju duševnega zdravja. Ta oblika zagovorništva je zelo dobrodošla zaradi povečane moči in pritiska, kar implicira skupinsko prizadevanje za določen cilj. Iz svojega terenskega dela na Altri sem opazil, da se je ob več priložnostih govorilo o reanimaciji sveta uporabnikov, vendar ta na žalost zaenkrat deluje zelo šibko.

## **2.5. Zaključne ugotovitve poglavja**

V tem poglavju sem skušal raziskati več vidikov zagovorništva. Razloge za vznik potreb po zagovorništvu vidim predvsem v neenaki poziciji uporabnice do drugih oseb v interakciji, kar lahko pelje tako v kršenje človekovih pravic, neuspešnost birokratskih postopkov ali pa zatiranje posameznice v domačem kontekstu. Vloga zagovorniške dejavnosti je mnogokrat v »dajanju glasu«, da ima torej zagovornica svojevrstno funkcijo »odmeva« uporabnice, hkrati pa je mnogokrat dovolj že prisotnost zagovornice, saj že to uporabnico opolnomoči za stik z različnimi akterji. V primerih profesionalnega zagovorništva je vloga zagovornice predvsem strokovno mnenje in pritisk na institucijo v primerih neustrezne obravnave. Enako pomembno je tudi souporabniško zagovorništvo, kdaj v obliki druženja kdaj v obliki čustvene pomoči posameznici v stiski in podobnega. Če na zagovorništvo gledamo kot na *način* pomoči, ki se trudi za posameznično avtonomnost, ima taka »dejavnost« veliko pozitivnih učinkov na uporabnico. Variirajo od pozitivno rešenih vlog za dodelitev socialne pomoči, invalidske pokojnine in podobnega, do osnovnega občutka varnosti in podpore uporabnice. Ko zagovornice ne »intervenirajo« na terenu, imajo zelo pomembno vlogo opolnomočenja uporabnice za najrazličnejše situacije – od dajanja informacij o pravicah v institucijah do učenja gospodinjskih spretnosti.

Ob primerjavi spoznanj pričujoče raziskave in strokovne literature na temo zagovorništva lahko opazimo, da se rezultati tega diplomskega dela bistveno ne razlikujejo od rezultatov drugih raziskav. Vseeno pa pričujoče besedilo ponudi nekaj od uporabljenih virov drugačnih poudarkov. Slednje želim na kratko povzeti in razviti v spodnji diskusiji.

### 2.5.1. Normalizacija, normativnosti in praktični čut

Zdi se, da je vloga zagovorništva, ki preči vse njene pojavne oblike, vseeno pa ni bila izdatno poudarjena v dosedanjem besedilu, vloga normalizacije. Kot pokaže antropološka literatura, bolezen dekonstruira življenjski svet posameznice – podobno lahko predpostavljamo tudi za duševno stisko. Specifični procesi dekonstrukcije vsakdanje (*commonsense*) realnosti se ob duševni stiski kažejo v spremembi posamezničinega načina izkušnje sebstva. Oseba si ne deli več sveta in izkušenj v enaki meri kot pred stisko, spremeni se dojemanje časa (hkrati oseba izgubi svojo moč nad urejanjem le-tega), izgubi se »širša budnost« za spremljanje različnih dogodkov v dnevu (stiska pritegne pozornost nase) ipd. (Good 1994: 124–7). Institucionalna obravnava ta že načeti svet bodoče uporabnice zaradi svoje narave nadalje dekontekstualizira. Moja teza je, da zagovornica pri vsem tem daje kontekst, normalizira situacijo že s prisotnostjo. Je uporabničina vez z »normalnim«, zunanjim svetom. Tudi sam sem tekom terenskega dela opazal, da so se ljudje name obračali kot na »zdravega«, ki naj bi »poročal« o svetu »tam zunaj«, še posebej ob primerih ljudi, ki poleg izhodov na Altro ne hodijo dosti od doma. Predstavljam si, da je v primeru hospitalizacije ta občutek še večji. Podobno vlogo normalizacije imajo recimo tudi hišni ljubljenci. V zgornjem besedilu naveden primer intervencije koordinatorice ob uporabničinem sprejemu je bil eden izmed argumentov za krajšo hospitalizacijo tudi varstvo psa.<sup>35</sup> Podobno je druga uporabnica dnevnega centra v pogovoru omenila, da je v svojih krizah vedela, da ne sme iti predaleč že zaradi skrbi za svojega mačka. Če bi bila hospitalizirana, pravi, ne bi imel maček nikogar, ki bi skrbel zanj.

Mišljenje (ne)normalnosti implicira obstoj normativnosti. Kršenje družbenih norm – in sploh močan poudarek na družbenih normativnostih – pa je osrednjega pomena za interakcionistični pogled na duševne težave, saj naj bi prav kršenje norm pomenilo etiketiranje posameznice kot »norice«, kar naj jo družbeno diskvalificiralo. Stigma je s svojo diskvalificirajočo močjo tista, ki odvzema moč izpolnjevanja družbene pogodbe različnim ljudem, poleg »norcev« tudi ženskam, istospolno usmerjenim, uživalcem drog itd. (Flaker 1993: 7–10).<sup>36</sup> Zato je v interakcionistični literaturi pomembna sintagma

---

<sup>35</sup>»... je koordinatorica rekla ali lahko samo tri dni, ima psa, nimamo varstva, smo zdaj zrihtali za tri dni varstvo če bo šlo skozi če bi se dalo če ne bo hujšega samo za tri dni da si spočije potem pa domov« (Sara, 5. 3. 2015).

<sup>36</sup> Isti avtor poudari, da kljub podobnim teoretskim zastavkom obstaja razlika med socialnim delom in sociologijo: »Če je interakcionizmu kot sociološki smeri šlo za razumevanje in razlaganje neposrednih

»večanje pogodbene moči«. Z njo tovrstne teoretičarke in teoretiki poudarjajo dokaj politično vlogo zagovorništva, saj posega v dinamiko in razporeditev družbene moči med že vzpostavljenimi binarnimi odnosi strokovnjakinja–uporabnica, kjer deluje v prid uporabnice.

Zdi se, da je kritika psihiatrije v Sloveniji – kamor prištevamo predvsem Vita Flakerja, Tanjo Lamovec in ostale – razumela prakse v kontekstu institucij (npr. hospitalizacija) kot praks, katerih omejitve so jasno določene s kodificiranimi pravili delovanja institucije.

Sam bi rad izpostavil drug poudarek, ki ga v kontekstu antipsihiatrične kritike ni zaslediti – kodificirana pravila (v našem primeru pravila psihiatrične ustanove)<sup>37</sup> so zgolj del širše sile, ki strukturira prakse. To je *habitus*, sistem pridobljenih shem, »ki v praktičnem stanju delujejo kot kategorije zaznave in presoje ali kot načela razvrščanja« in hkrati »kot organizacijska načela akcije« (Bourdieu 2003: 19). Zdi se, da institucija s svojimi pravili ne more biti edina strukturirajoča moč psihiatrične prakse.

Večina raziskav zagovorništva se je osredotočala na vplive zagovorništva na uporabnice. Morda lahko zagovornica, če psihiatrinja z njo sodeluje, zaradi poznavanje uporabnične situacije vpliva pozitivno tudi na psihiatrinje, saj se slednje torej ob prisotnosti zagovornice ne srečajo s povsem novo situacijo, polno neznank. Na tej točki je to zgolj predvidevanje, lahko pa se razvije v raziskovalno vprašanje nadaljnjih antropoloških raziskav zagovorništva, ki bi ost analize preusmerile iz uporabnic na psihiatrinje ter na vpliv zagovorništva na njihovo vsakdanjo prakso.

### **2.5.2. Vzgodbljanje – notranji mehanizem zagovorništva**

Antropološki pogled na zagovorništvo odstre tudi mikrodinamike med zagovornico in uporabnico, čemur se navadno raziskave s področja socialnega dela ne posvečajo. Čeprav dokaj skopo, vseeno skušam na primeru zagovorništva Anžeta poudariti na subtilnost dimenzij, v katerih deluje zagovorništvo. Ideja o terapevtski naravi naracije trpljenja (v kontekstu bodisi psihoterapije, bodisi postavljanja individualnega načrta pri načrtovanju in koordiniranju skupnostne oskrbe bodisi sodelovanja uporabnice pri antropološki raziskavi) je bilo napisanega že veliko. »Terapevtskost« naracije je v tem

---

srečanj med ljudmi, pa se zagovorništvo sprašuje, kaj narediti in kako omogočiti, da ne bodo nekateri (tisti, ki jih zagovarjamo) potegnili "ta kratko".« (Flaker 1993: 9)

<sup>37</sup> V vsakdanjem življenju je veliko prepuščenega improvizacijam habitusa, hkrati pa je praksa bolj kodificirana, če so okoliščine nevarne: »/S/topnja kodifikacije se spreminja s stopnjo tveganja.« (Bourdieu 2003: 131)

kontekstu razumljena v tem, da organizira nered, ki ga povzroči duševna kriza, saj posameznica *aktivno*<sup>38</sup> ustvarja pomensko zgodbo z začetkom in koncem (Good 1994: 128). Študije narativnosti so vzniknile kot odgovor na biomedicinsko redukcijo bolezni in odsotnost pomena *izkušnje* bolezni (Kohler Reissman 2003: 6). Narativni čas se torej izjemno razlikuje od biomedicinskega, saj je fokusiran na človeka in ne na bolezen – če je glavni akter v zgodbi za biomedicino patologija, je za narativni pogled človek s patologijo (Sacks po Mattingly 1994: 817).

Z raziskavami naracij bolnikov lahko raziščemo njihovim razumevanjem izkušenj bolezni, ob raziskavah naracij zdravnikov pa lahko dekonstruiramo biomedicinski pogled na bolezen. Cheryl Mattingly pa poudari nekaj povsem novega – terapevtsko srečanje razume kot družbeno interakcijo s svojo narativno strukturo. To pomeni, da družbena interakcija ni več razumljena kot vnaprej determinirana (v angleškem prevodu: *script*), temveč kot fluidni proces, v katerem se družbeno redefinirajo koncepti bolezni (Mattingly 1994: 820).

Zdravnice (psihiatrinje) »iz dogodkov tekom terapije aktivno sestavljajo v koherentno formo, ki jo organizira zgodba. Klinična srečanja skušajo vzgodbiti s tem, ko jih zajemajo v večje nastajajoče narativne strukture« (Mattingly 1994: 811).<sup>39</sup> Slednje si lahko ogledamo v spodnjem citatu, ko David razlaga o svojih 14-dnevnih kontrolah pri svoji psihiatrinji:

*Takrat komentira, kaj počnem kako se počutim. Včasih rečem take glupe da so mi glasovi rekli, da naj jem česen ali pa kaj takega. Ona pa, česen je pa zdrav pa take. Mislim, skuša voditi pogovor. Smiselno jaz pa nesmisle govorim. To je tako [se nasmehne]. (David, 26. 2. 2015)*

Vzgodbljanje (*emplotment*) sem opazil tudi v primeru, ko smo socialna delavka v dnevnem centru, Anže, njegova sestra in jaz vzgodbljali prihodnost urejanja Anžetove situacije. Iz kaotične situacije smo postavljali realne in oprijemljive naslednje korake – najprej urejanje potrdila o brezposelnosti, nato urejanje mesečne avtobusne vozovnice ipd. –, ki so bili vzgodbljeni v širšo sliko cilja pridobitve invalidske pokojnine (Mattingly 1994: 820; avtorica poda primer vzgodbljanja delovne terapevtke ob delu s pacientom po hudi

---

<sup>38</sup> Zato se preko naracij *performativno* – v kolikor je naracija vedno dejanje za »publiko« – vzpostavlja tudi identiteta (Kohler Reissman 2003; članek analizira performativnosti maskuliniteti v naracijah o multipli sklerozi).

<sup>39</sup> Dodajam še izvornik: »actively struggle to shape therapeutic events into a coherent form organized by a plot. They attempt to emplot clinical encounters by enfolding them into larger developing narrative structures.«

prometni nesreči). Nastajajoča zgodba je skupna in vključuje vse vpletene, saj je imel vsak od nas v njej določeno vlogo.

Vzgodbljanje torej razumem kot skupno delo, kar sam imenujem *vzgodbljanje pomoči/podpore* (med strokovnim delavcem in uporabnikom), s čimer se konceptualno navezujem na »terapevtsko zgodbljanje«<sup>40</sup>. Hkrati gre v etnografskih primerih tega besedila za strukturiranje dogodkov, vezanih na prihodnost (kar spet povzemam po Mattingly 1994, 1998), s čimer se oddaljim od klasičnega razumevanja zgodbljanja (glej npr. Good 1994: 138).

Naracije posameznih oseb, čeprav ubesedujejo neko izkušnjo šele v nazaj, nimajo zgolj dimenzije preteklosti – naracija tudi projicira v prihodnost, torej organizira naše želje in strategije, jih usmerja proti imaginarnim koncem, h katerim stremimo (Good 1994: 139). Podobno velja tudi za narativne strukture družbene interakcije. Pogosto se to dogaja izjemno subtilno – ko so se sogovornici prvič pojavili glasovi, ji je prijatelj z izkušnjami slišanja glasov svetoval: »pač ko bodo imeli dosti se bodo umaknili« (Sara, 5. 3. 2015). V njun pogovor je smiselno umestil odprti konec (za nekaj več o odprtih koncih naracij glej tudi Good 1994: 158), ko bodo glasovi prenehali.

Če skušamo skupaj z zgoraj predstavljenim misliti še dinamiko družbene moči med uporabnico in zagovornico, lahko vidimo, da se marsikdaj zagovorniška maksima – delati z in ne za uporabnico – v praksi znajde na tanki črti med paternalizmom in emancipacijo. To sem opazil in popisal na lastni zagovorniški izkušnji, več o tem pišem v naslednjem poglavju, v razdelku o etiki vsakdanje prakse strokovnih delavcev.

---

<sup>40</sup> Poudarek na zgodbljanju kot o skupnem delu terapevta in pacienta je na podlagi terenskega dela med delovnimi terapevti podala Cheryl Mattingly v že citiranem delu (Mattingly 1994), razvila pa v monografiji »Healing dramas and clinical plots« (glej Mattingly 1998).

### 3. Uporabnik – med socialnimi mrežami in institucijami

V pričujočem poglavju raziskujem pomen bližnjih pri »prepoznavanju« simptomov duševne stiske ali krize. Velikokrat se uporabniki znajdejo v nevhaležni situaciji med svojimi socialnimi mrežami in institucijami, največkrat z zmanjšano avtonomijo. Čeprav za uporabnike velikokrat neprijetna, je ta situacija raziskovalno še posebej zanimiva, saj odpira kopico vprašanj etike vsakdana ljudi, ki imajo več moči od posameznika v duševni krizi, bodisi profesionalno bodisi v neformalnih interakcijah. Analizo primerov posameznikovega položaja med bližnjimi osebami in institucijami torej preči premislek o etiki vsakdana. V tem poglavju poleg uvidov iz literature prevladujejo naracije uporabnikov in uporabnic, manjkajo pa pogledi njihovih bližnjih in psihiatrov<sup>41</sup>. Etnografija popiše tudi primere neprostoovoljne hospitalizacije in razporeditev družbene moči v odnosu med uporabnikom in psihiatrom.

#### 3.1. Oseba v duševni krizi in njeni bližnji

Arthur Kleinman je v svoji kulturni knjigi *Patients and Healers in the context of Culture* (glej Kleinman 1980) kot prvi iz vede sistematiziral antropološko razumevanje zdravstvenega sistema kot kulturnega sistema.<sup>42</sup> Slednjega je razdelil na ljudski sektor, strokovni sektor in sektor ljudskih zdravilcev (Kleinman 1980: 50).<sup>43</sup> Za ta del besedila najbolj ključen poudarek navedenega dela je bržkone poudarek na pomenu lokalnega razumevanja zdravja in bolezni, torej na ljudskem sektorju zdravstva. Slednji je po Kleinmanu sestavljen iz »verjetij in aktivnosti posameznika, njegove družine, družbene mreže in skupnosti«. Čeprav v zdravstvu neprofesionalen, je ta sektor odločujoč za bolno osebo, saj se v tem sektorju najprej identificirajo simptomi, padejo prve odločitve glede začetka zdravljenja, izbiro primernega zdravljenja, njegovo evalvacijo ... (Kleinman 1980: 50–1).

Družbenointerakcionistična teoretska smer poudarja to, da se tako stigma kot etiketa duševne motnje konstruirata v družbeni interakciji.<sup>44</sup> Ta teoretska linija je zaposlena z raziskovanjem družbene normativnosti in odklonskosti (deviance). Nujni pogoj

---

<sup>41</sup> Etnografsko raziskana perspektiva psihiatrov je odsotna v obeh poglavjih jedrnega dela besedila. Nekaterim psihiatrom sem poslal vprašalnik, ki se je nanašal predvsem na njihov pogled na zagovornišvo in spremstva bližnjih oseb na sprejem in nadaljnjo obravnavo v psihiatrični bolnišnici, vendar nisem dobil vsebinskih odzivov.

<sup>42</sup> Omenjeno knjigo je 15 let kasneje sam dodobra kritiziral v *Writing at the Margin* zaradi esencializma, entifikacije medicinskih razlagalnih modelov (glej Kleinman 1995:7–9).

<sup>43</sup> Slovenski prevod Kleinmanove terminologije povzemam po Uršuli Lipovec Čebren (2008: 59).

<sup>44</sup> S tem odpre prostor za gledališke metafore v sociološki teoriji, saj je v središču problematika »upravljanje poškodovane identitete«, družbene vloge, javni prostor kot *oder*.



družbenega življenja je skupno priznavanje sistema normativnih pričakovanj, saj kadar »se krši kakšno pravilo, se uvedejo obnovitveni ukrepi« (Goffman 2008[1963]: 112).<sup>45</sup> Scheff pravi, da je norost rezidualna kategorija deviantnosti. Psihiatrične diagnoze so torej zgolj kategorije deviance, ki ne ustrezajo nobeni drugi kategoriji. Z drugimi besedami, »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.«<sup>46</sup> (Flaker 1993: 7) S tega vidika je torej psihiatrična diagnoza ali širše etiketa duševnega bolnika posledica kršenja družbenih norm družbene interakcije (ibid.: 8).

Kot odgovor na omenjeno teorijo je mnogo avtorjev zagovarjalo nasprotno – etiketiranje (*labelling*) osebe kot duševnega bolnika slednjemu pomaga, saj mu omogoči pot do zdravljenja. Sodobnejše teorije etikiranja trdijo, da etikiranje nima enostranskega učinka »zdravih« ljudi na »duševno bolne«. Družbeno zavračanje deviance korenini v skupnih (v procesu akulturacije pridobljenih) predpostavkah, tekom socializacije pa se naučimo tudi samoregulacije čustev. Prvotna teorija etikiranja, ki je mislila etikiranje kot avtomatično družbeno reakcijo na odklon, se je torej sčasoma spremenila tako, da je upoštevala tudi skupne družbeno naučene predpostavke, ki jih imajo tako »zdravi« kot »duševno bolni«. Zdi se, da se je celotna debata za teorijo etiketiranja oz. proti njej bolj kot na proces etiketiranja osredotočala na vrednostne sodbe psihiatrične obravnave. Vseeno verjetno drži, da neodvisno od psihiatrične obravnave – ki naj bo »dobra« ali »slaba« – procesi stigmatizacije, ki jo odslej mislimo v okvirjih socializacije in skupnih predpostavk o norosti, ostajajo (Rogers in Pilgrim 2005: 34). Hkrati je v odsotnosti dobro razvejane mreže skupnostnih služb (tudi kriznih centrov!) na področju duševnega zdravja etiketiranje še vedno v tesni povezavi s psihiatrično stroko in hospitalizacijo, saj je to zaenkrat edini način, kako lahko posameznik preživi krizo ob prisotnosti stroke.

V kontekstu teorije družbenega interakcionizma je duševna bolezen nalepka, ki jo družba dá posamezniku ob njegovem kršenju družbenih norm: »Največkrat se začne tako, da kdo iz njegove [uporabnikove] neposredne okolice – član družine, sodelavec ali sosed – opazi, da se 'čudno vede'« (Lamovec 1998: 27). Ko toleranca okolice pride na skrajno mejo z »zadnjim povodom«, uporabnikovi bližnji navadno napotijo k psihiatru, slednji pa naj bi

---

<sup>45</sup> Ta pogled verjetno veliko dolguje Durkheimu, ki je v odgovoru na devianco videl potrditev normativnosti in posledično družbeno *kohezijo*, kar implicira zelo statičen pogled na družbo.

<sup>46</sup> Seveda ni odveč omeniti, da se je omenjena teorija proizvajala hkrati z antipsihiatričnim gibanjem.

le »potrdil, kar so že sami ugotovili«. Tako lahko preberemo, da je pregled na sprejemnem oddelku »povsem ritualne narave, pomeni le formalno potrditev tega, kar so sklenili predlagatelji ukrepa« (Lamovec 1998: 27–8). Slednjo trditev moje terensko delo le delno potrди. Sogovornica je bila do sedaj hospitalizirana osemkrat, vedno proti svoji volji. Čeprav njene izkušnje potrjujejo, da navadno psihiatri zgolj potrdijo nestabilno stanje osebe, kar so opazili že domači, je vseeno veliko odvisno tudi od psihiatra na sprejemnem oddelku, ki opravi »triažni« pogovor. Ob neki napotitvi je sprejemna psihiatrinja presodila, da uporabnica ne ogroža sebe in ostalih, zato je ni sprejela. Čez dva dni so domači zopet poklicali reševalce, s tem da je bila tokrat sprejeta. Pogovor na sprejemnem oddelku je zgolj etapa v že tako travmatičnem postopku, ki posameznika v stiski prisilno privede na obravnavo:

*Pri teh pogovorih je dostikrat problem, ker prideš z reševalci.<sup>47</sup> In si ves prestrašen že od njih. In potem valda si bolj prestrašen in nepriseben. Je že ta pot do tja taka.*  
(Melisa, 17. 5. 2015)

Kriterij sklepanja bližnjih o uporabnikovi duševni motnji je navadno njegova uspešnost pri opravljanju primarne vloge (delo, gospodinjenje), nadalje pa je odločujoč dejavnik tudi, koliko krši norme in vrednote določene družbene skupine (Lamovec 1998: 34). Price in Denner naštejeta nekaj težave pacientov, ki so jih naposled sprejeli v bolnišnico: poslabšano telesno počutje, občutki neuspešnosti in obupa, socialni umik, agresivnost, pretirano pitje, slišanje glasov, blodnje, kršenje pravil spodobnosti ... (Lamovec 1998: 35). Do hospitalizacije sogovornice Melise je vedno prišlo na pobudo njej bližnjih oseb: »parkrat mami, enkrat en sosed, se je ustrašil, sem kričala naokrog. Nekako ni, ko si v tem stanju, družba te ne sprejema, nimaš pa svojega prostora, kjer bi lahko bil, kjer bi se lahko sam s sabo pogovarjal, nimaš kam iti, povsod so ljudje.« (Melisa, 17. 5. 2015)

Kljub osmim prisilnim hospitalizacijam sogovornica nekako razume razloge, zaradi katerih bližnji kličejo rešilce ali policijo in posledično sprožijo hospitalizacijo:

*Veš kaj, to so taka stanja, jaz sem bila ful v teh stanjih, jaz sem imela ful lepe stvari, smejala sem se sama s sabo, videla sem samoroga v gozdu [smeh], samo sem bila navzven bolj, ali sem skakala, drla se... Opazi se na človeku, kadar si toliko v tem, ne. In v bistvu ostali, to vzbuja skrb, starši in prijatelji, jih skrbi, saj ne iz drugega. Pa tudi ne morejo skomunicirati, drugačen si kot ponavadi. In potem nimajo več*

---

<sup>47</sup> Kot bom pisal kasneje, pride prisilno hospitalizirana oseba na sprejem praviloma z reševalci.

*tistega svojega prijatelja ali pa več tiste svoje hčerke ampak čisto eno, ki govori in se čudno obnaša in te hočejo spet dobiti nazaj, spet tako, kot si.* (Melisa, 17. 5. 2015)

Ustavimo se torej pri tem, kaj so ljudje, ki so bili blizu uporabnikom in uporabnicam v stiski, razumeli kot simptome.<sup>48</sup> David takole opisuje svoja občutja, ki jih je delil z mamo, pred prvim obiskom psihiatra: *»Obležal sem na kavču dejansko. In sem govoril, da mi govorijo glasovi ene stvari in zraven tistega sem imel občutek še da mi rastejo roke in noge. In sem govoril, glej mami, rastejo mi roke. Veš, starši niso vedeli, kaj narediti. Smo šli k psihiatru.«* (David, 26. 2. 2015)

»Zadnji povod« za prvo hospitalizacijo sogovornice je bil po njenem občutku to, da se je pogovarjala s svojo pokojno mamo: *»Nakar sem jaz bila pri stari mami zgoraj v sobi, zvečer nekaj berem in začutim ful neko energy. In jaz to energijo, to je lahko samo mama, ker nimam nikogar tam gor, da bi lahko prišli z nekim namenom, in komuniciram in se pogovarjam z njo in folk to opazi, moja stara mama, moja teta.«* (Sara, 3. 4. 2015) Naslednji znaki, ki so služili kot povod za obisk psihiatrije v drugih primerih, je bila nespečnost: *»Me je [oče] odpeljal, povedal kaj je, kdaj ne spim, ni dolgo čakal pri mojih manijah, da me je odpeljal, in po navadi je bilo to zvečer, in po navadi so me tudi na sprejemno dali«* (Sara, 5.3.2015). Seveda smo uspeli naštetih zgolj nekaj partikularnih primerov, iz literature pa beremo, da kot zadnji povod za hospitalizacijo navadno šteje nevarnost zase ali za druge, socialno nesprejemljivo vedenje in nakazana potreba po zdravljenju (svojcev, uporabnika samega ali zdravnika) (Lamovec 1998: 36–7). V vseh v tem odstavku navedenih primerih je uporabnico oče hospitaliziral proti njeni volji, čeprav je potem podpisal obrazec o prostovoljnem zdravljenju na sprejemnem oddelku.

Najbolj izčrpen in samoreflektiven opis svoje prve hospitalizacije nam poda Jože. V tistem času je bival v zavetišču za brezdomne, ki so bili takrat v bližini ob krizi:

*Bili so te, ki so bili v zavetišču, samo jaz sem govoril na glas, čisto rdeče oči sem imel, depresija ne vem, samogovori a veš, samo v gatah sem bil in baje sem pol dneva tam stal v gatah pa me niso mogli nikamor premakniti. Sem imel eno moč, veš, so me hoteli nazaj, notri so sobe, da me ne bi nihče videl, so me hoteli nazaj v sobo spraviti, ampak ni šlo jaz se nisem dal premakniti. Jaz sem tam stal kot osel, ker sem imel tako fikcijo, da pač glas mi je govoril da jaz moram braniti tisti plac,*

---

<sup>48</sup> V tem podglavju se zavedam, da bi bilo za večjo povednost raziskave smotrno govoriti tudi z ljudmi, ki so bili sogovornikom in sogovornicam blizu, vendar se to iz mnogih razlogov žal ni zgodilo.

*se pravi da moram braniti na tak način, da nekdo preko telepatije hoče tisti plac napasti, to je takrat se je to dogajalo, in jaz s tem ko sem lokacijo stalno spreminjal a veš. (Jože, 1. 4. 2015)*

Tanja Lamovec opozori, da ob primeru ponovne hospitalizacije vedenje posameznika nima velikega vpliva, saj se svojci za vsako nadaljnjo hospitalizacijo odločijo lažje (1998: 37). Po drugi strani pa nam Davidov primer hospitalizacij kaže na podobne mehanizme tudi pri psihiatrih – ko je bil hospitaliziran tretjič, mu je oddelčni psihiater določil diagnozo zgolj z vizito, na podlagi že obstoječe diagnoze iz uporabnikove druge hospitalizacije. Tako je ob enem mesecu in pol bivanja na oddelku ostal z identično diagnozo kot prvič, a brez pogovora (David, 26. 2. 2015).

V primerih, ko je odsotnost socialnih mrež popolna, so navadno ljudje na javnih prostorih tisti, ki prej ali slej pokličejo policijo zaradi posameznikovega nenavadnega vedenja. Jože je pred svojo drugo hospitalizacijo živel v hiši na Brodu. Nekega dne se mu je »začelo obračati«: »napadali so me neki hudiči pa nekdo mi je žeblje v glavo zabijal pa nože v hrbet pa od spredaj pa sveder v rit. Malo moraste zadeve.« Po svoji soseski je hodil tri dni brez hrane, preganjala ga je neka tolpa: »Prinesi pulover. Kakšen pulover? Tistega ki si ga ukradel. Kam ga naj prinesem? Prinesi ga tja na parkirišče. In jaz sem si predstavljal, da imam pulover tukaj čez [pokaže na roko] in da jih moram čakati na parkirišču«. Nazadnje se je zatekel v trgovski center Mercator:

*in sem šel do varnostnika, da naj me pač skrijejo v eno sobo, da me ta banda ne bo našla. In je ta varnostnik rekel, pravi, kar naj pridejo, mi se nikogar ne bojimo. Čakamo, čakamo, seveda tistih še vedno ni bilo, ker je bilo stanje tako čudno. In jaz sem potem toliko časa vztrajal, da so me res dali v eno sobo tam, da sem imel vsaj občutek, da se počutim varnega. Veš, da sem na varnem. In seveda vsakič ko so me hodili gledati notri, jaz pa sem takrat jokal spreminjal sem verjetno faco ne vem kaj sem počel, tako da so poslali policijo. In ko je prišel policaj do mene, ko je prišel notri in začel delati zapisnik, sem začel jaz bluziti da me bosta prišla rešiti dva policaja da gresta po bližnjici čez avtocesto, to itak je nemogoče, veš, ko je pa videl da se z mano nekaj resno dogaja pa je poklical rešilca. (Jože, 1. 4. 2015)*

### **3.2. Napotitve na psihiatrijo in etika vsakdana**

Kot bomo videli, je že klic policije dovolj, da posameznika hospitalizirajo proti njegovi volji kot »motečega« za okolico. Ta razlika v moči med uporabnikom in njegovimi

bližnjimi lahko poraja kopico etičnih vprašanj, ki si jih lahko zastavljajo uporabniku bližnje osebe.

Antropološko raziskovanje etičnih vprašanj so pokazale, da moralne predpostavke in norme niso univerzalne. Klasični antropološki očitek bioetiki je, da je etnocentrična, temelječa na zahodnih predpostavkah o avtonomnosti posameznika in pravičnosti, predvsem pa, da korenini v individualističnem pogledu na posameznika, medtem ko je večino nezahodnih družb sociocentričnih. Nadalje je antropologija pokazala, da etična vprašanja konstruirajo družbeni procesi. S svojim kontekstualističnim pristopom k (bio)etiki, se naša veda raje kot na normativnost osredotoča na dejanske etične odločitve – torej ne na dejanja, za katera nekdo misli, da bi jih moral narediti, temveč na to, kar se je zgodilo (Gordon 2004). Etika vsakdana ni abstraktna, temveč je umeščena v kontekst bližnjih dogodkov, akcij in odnosov (Brodwin 2013: 11). Zato mora etnografija popisati kontekst posameznikove odločitve in posameznikov razmislek o svoji odločitvi (ibid.: 19).

Do sedaj smo govorili o tem, kako socialne mreže »prepoznajo« duševno krizo bližnje osebe, v naslednjih odstavkih pa se bomo pomudili pri odločitvah teh socialnih mrež – naj bodo to družinski člani, prijatelji ali kakršnikoli strokovni delavci društva za duševno zdravje –, da posameznika napotijo na psihiatrično zdravljenje. Če je v prvem primeru odnos moči neinstrumentaliziran in izven institucij (hkrati pa je lahko toliko bolj čustveno nabit), pa prinaša kontekst strokovnega dela v neki organizaciji večjo moč strokovnega delavca in s tem večjo odgovornost in etične dileme.

### **3.2.1. Etične dileme družinskih članov**

Posameznikova etična odločitev – klicati reševalce oz. policijo ob duševni krizi bližnje osebe ali ne – je tako zaradi nezadostno razvite mreže skupnostne skrbi zožena na klic reševalcev. V Sloveniji sicer obstajajo nevladne organizacije na področju duševnega zdravja, vendar slednje nimajo razvitih kriznih centrov, ki obstajajo drugod po svetu, kjer je skupnostna skrb pogosto bolj razvita (za opis dela kriznega centra glej Lamovec 1998: 253–67).<sup>49</sup> Klic reševalcev dobi največkrat odmev v hospitalizaciji osebe v krizi. Spodnji primer govori o prisilni hospitalizaciji sogovornice:

*Mama je v tej situaciji, da ona ne more v tistih trenutkih s tabo, ne more, skrbi jo zate, tudi neprijetna sem bila ful, ona pa nima nikogar, na kogar bi se lahko obrnila, oni [psihiatrija] so edini, kamor me lahko pošlje. Ona ve, da je v bolnici*

---

<sup>49</sup> »Hospitalizacija v duševni bolnišnici mora postati zadnji ukrep, ki ga uporabimo, če vsi drugi odpovedo, nikakor pa ne prvi in edini.« (Lamovec 1998: 267)

*grozno, ampak se nima na nikogar drugega obrniti v takih trenutkih. Njej je najbolj grozno, da ne boš spet v bolnici, samo ni izbire nobene, samo oni so. (Melisa, 17. 5. 2015)*

Melisina mama je torej ob trenutkih, ko kliče policijo za svojo hčerko, v stiski, saj ve, da ji je v psihiatrični bolnišnici hudo, vendar se ji hospitalizacija ob odsotnosti drugih skupnostnih služb za preživljanje duševne krize izkaže za edino rešitev.

V zgornjem primeru je »delati dobro« impliciralo ukrepati proti volji drugega. Individualna psihologija in zgodovina osebe, ki pokliče reševalce, čeprav gotovo vplivata na odločitve, nas trenutno ne bosta zanimali. Nadaljujmo raje z naslednjim etnografskim opisom etično zanimive situacije napotitve na psihiatrično zdravljenje.

Včasih svojci reagirajo, po mnenju uporabnice, prenažno ali pretirano, kot v spodnjem primeru. Poleg tega primer ponazarja tudi moč samozagovoništva in dejstvo, da je lahko med tem, kar bližnje osebe prepoznajo kot znake duševne stiske in med tem, kar čuti oseba, velika razlika. Ko so sogovorničinega očeta sprejeli na onkološko kliniko, jo je klicala teta: »zdaj bom pa jaz k tebi prišla, počakaj me na postaji, greva v Polje. Kakšno Polje? Ne, nisi v redu, greva, da poveva zdravniku vsaj kaj se dogaja«. Na sprejemnem oddelku psihiater ni imel veliko časa za sprejem, hkrati pa je uporabnica imela toliko moči, da se je uprla tetini ideji o nujnosti sprejema:

*In jaz vstanem in grem na čik, sem rekla [teti], glej zdajle pa tako, jaz lahko grem z avtobusom domov, grem v brunarico na kavo, zate mi je pa vseeno ali greš ali počakaš. In potem seveda znori in se odpelje vsa razočarana. Saj čez dve uri se mi je opravičila. Ona je hotela, da bi me sprejeli, da bi zdravniku povedala, da je fotr na onkološkem pa da naj pazi name en mesec, ker bo ziher kaj opasno. Ja valda sem hotela jaz biti s fotrom še ta zadnje par dni, ko sem imela šanso, ampak ona si je pač drugače interpretirala. Še zadnjič, dve leti po tem, mi je to omenila pa se mi opravičevala. /.../ Takrat je bilo res opasno, ker če bi bila pa takrat sprejeta, po moje vprašanje če bi še gazila po tej zemlji. (Sara, 5. 3. 2015)*

### **3.2.2. Moč in etika vsakdanje prakse strokovnih služb**

Vsakdanja praksa je v mnogih primerih rutinska in ne privede do samorefleksije strokovnega delavca o etičnosti svojega dela, vendar pa obstajajo primeri, ko je v dokaj kratkem času potrebno sprejeti odločitev, ki zabriše mejo med »delati za dobro uporabnika« in »delati proti volji uporabnika«. Kot sem pokazal že v podpoglavju

»Notranji mehanizmi zagovorništva – vzgodbljanje« prejšnjega poglavja, se lahko med deklarativnim sodelovalnim pristopom zagovornika in dejansko prakso kaj kmalu tudi povsem nenamenoma pojavijo razlike. Iz svoje prakse sem poudaril potrebni trud ohranjanja sodelovalnega načina dela z uporabniki, saj slednji ni samoumevna in preprosto dana začetna točka. Vendar obstajajo primeri, v katerih pomen sodelovalnega načina prakse zasenči pomen skrbi za preživetje osebe v duševni stiski. Takrat je, kot pravi sogovornica<sup>50</sup>, potrebna intervencija tudi proti uporabnikovi volji. Samomorilnost, močno slabo počutje in uporabnikova izguba presoje realnosti so tisti znaki, ki jih je socialna delavka opazila pri svojih spremstvih na sprejem uporabnikov dnevnega centra v bolnišnico. Če uporabniki nujnosti hospitalizacije ne vidijo sami, socialna delavka pa to opazi, jih skuša v to prepričati s pogovorom. Hospitalizacija v trenutkih globoke krize »ni uporabnikova želja, vendar je njegova rešitev« (Andreja Torlak, 1. 4. 2015). Svojo odločitev o hospitalizaciji uporabnika utemelji s strokovnostjo presoje: »Te skrbi, dejansko te skrbi. Čeprav veš, da je to uporabnikova odločitev, ampak zato je pa tukaj naša strokovna služba.« (Andreja Torlak, 26. 5. 2015) »Mandat« za odločanje o nujnosti hospitalizacije socialni delavki dnevnega centra dobita na prvem razgovoru z uporabniki ob njihovem vstopu v program dnevnega centra:

*Pojasnim jim, da nikdar in nikoli ne operiramo z njihovimi podatki oz. odločamo o njih brez njihove prisotnosti ali odobritve, razen v primeru, ko slutimo, da so oni ali osebe ob njih ogrožene. Tu nam dajo vedno dovoljenje oz. podprejo naše ravnanje. Če je določeno ravnanje uporabnika ponavljajoče (v maniji zapravi veliko denarja,..), naredimo z uporabnikom individualni načrt, kjer se dogovorimo in podpišemo, da se mu vzame kartico in da kakemu sorodniku. Tukaj je upoštevana njegova volja v stanju ko lahko prisebno razmišlja, kljub temu da takrat ko je v maniji tega ne želi narediti oz. delamo te stvari proti njegovi volji. (Andreja Torlak, 26. 5. 2015)*

Privoljenje uporabnika je torej dano ob vstopu v program dnevnega centra, ko se mu predstavi strokovno delo dnevnega centra in ravnanje v stanju poslabšanja uporabnikovega psihičnega zdravja. Glavni kriteriji njene odločitve o napotitvi na psihiatrijo je predvsem že iz psihiatrične literature znana sintagma »ogrožanje sebe ali drugih«. Naslednja stvar, ki zna vplivati na njeno odločitev, je, če ima oseba v stiski svojece,

---

<sup>50</sup> V tem poglavju črпам predvsem iz intervjujev, opravljenih z Andrejo Torlak, socialno delavko na programu dnevni center društva Altre.

ki lahko skrbijo zanjo tudi, ko je dnevni center zaprt. Andreja ima tako tudi izkušnje, da je ob tehtanju odločitve poklicala uporabnikove domače ali sosede in se prepričala, ali je v domačem okolju nekdo, ki bi lahko ustrezno poskrbel za uporabnika dokler se dnevni center ponovno ne odpre. Če podporne mreže obstajajo, je alternativa hitri hospitalizaciji tudi pisni dogovor, da si oseba v krizi po odhodu iz dnevnega centra ne bo škodovala in da bo naslednje jutro že takoj ob 7.00 prišla na dnevni center.

Razlogi za prepričevanje osebe v krizi za hospitalizacijo, ki jih navaja socialna delavka Andreja, se raztezajo od tistih skladnih s psihiatrično stroko, preko praktičnih uvidov na podlagi svoje dolgoletne prakse in vse do abstraktnih konceptov.

Prvi primer, ki ponazarja razloge za odločitev o spremstvu na psihiatrijo, je primer uporabnice dnevnega centra, ki se je nekega dne zaupala Andreji, da ima samomorilne misli. Bila je objokana, v močni stiski. Sledil je uro in pol dolg pogovor, ko sta se skupaj strinjali, da samomor ob dveh sinovih ni rešitev in da bosta, ker je bil petek, doma pa uporabnica ni imela toliko možnosti podpore, šli k psihiatrinji. Prej sta jo poklicali, uporabnica se je z njo tudi pogovarjala, nato pa sta se odločili za odhod na sprejemni oddelek. Andreja poudari, da je bilo vse to mogoče zgolj zaradi izkazanega zaupanja uporabnice do nje. Tudi v psihiatrični literaturi lahko beremo, da se da marsikdaj izogniti prisili pri sprejemu tudi s pogovorom, kjer sta ključna »zaupanje, ki ga ima bolnik do zdravnika, in način, kako le ta nastopa v kočljivih trenutkih« (Žvan 1995: 46). Odhod na psihiatrijo je bila zadnja možnost, vendar ob odsotnosti podporne mreže doma edina v danem trenutku, saj je sledil konec tedna in zato zaprt dnevni center (Andreja Torlak, 26. 5. 2015).<sup>51</sup> V predstavljenem primeru je utemeljitev spremstva na psihiatrijo predvsem samomorilnost osebe v stiski, saj bi bilo možno, da bi si ob neukrepanju uporabnica škodovala.<sup>52</sup> Uporabljena utemeljitev napotitve na psihiatrijo je torej skladna s psihiatrično utemeljitvijo nujnega zdravljenja, tj. hudo škodovanje sebi ali drugim, kar omenim v spodnjih podpoglavjih.

Drugi primer kaže na utemeljitev spremstva na psihiatrijo z vidika izkušenj strokovne delavke. Gospod je prišel na dnevni center vidno izgubljen, z izjemno moteno

---

<sup>51</sup> Socialni delavci predlagajo dosti manj hospitalizacij od psihologov in psihiatrov (Price in Denner po Lamovec 1998: 38). Hospitalizacij je več ponoči med delavniki in čez cel dan ob vikendih, ker skupnostne službe takrat ne delajo. V tem času delajo v bolnišnicah tudi stažisti, ki se bojijo zavrniti sprejem (Lamovec 1998: 38–9).

<sup>52</sup> Uporabnica je imela že od sprejemnega pogovora v program dnevnega centra v individualnem načrtu napisano »da je njena želja če opazimo, da je samomorilna, da je hospitalizirana, ker se boji da si bo res nekaj naredila« (Andreja Torlak, 26. 5. 2015).



presojo resničnosti. Socialna delavka je iz izkušenj vedela, da bo podaljševanje krize ob odlašanju hospitalizacije privedlo zgolj do prisilne hospitalizacije (o tem ekstenzivno pišem v nadaljevanju), kar pa rezultira v daljšem času hospitalizacije, zato se je za dobro osebe v stiski iz lastnih strokovnih izkušenj odločila za takojšnjo, seveda uporabnikovo prostovoljno hospitalizacijo (Andreja Torlak, 26. 5. 2015). Podobno kot v zgornjem primeru, je šlo tudi v tem za čas proti koncu tedna, ko bi bil ob zaprtem dnevnem centru in odsotnosti podpornih socialnih mrež uporabnik prepuščen samemu sebi.

Ko govorimo o etiki vsakdanje prakse socialne delavke dnevnega centra, torej govorimo o praktični etiki, ki je vpeta v konkretni kontekst. Razlogi za odločitve, ki zmanjšajo posameznikovo avtonomijo odločanja, so torej največkrat utemeljene s pomočjo predvidljivih posledic v primeru odsotnosti določene intervencije. Kljub tej primarni praktični naravnosti odločanja pa je vseeno prisotna tudi druga raven, kjer se zagovarja pravica do dostojnega življenja pred pravico do avtonomne odločitve.

Obstajajo primeri, ki ne vključujejo vprašanja o hospitalizaciji, vseeno pa so nabiti z neravnovesjem med strokovno oceno in uporabnikovo voljo: *»Kakšnih 80 ali 85 procentov v njegovo [uporabnikovo] korist govorim, 15 procentov je pa tudi zagovornik [tukaj da prepreči] da si ne bo karkoli naredil«* (Andreja Torlak, 1. 4. 2015). Etika vsakdanje prakse je seveda vpeta v svoje lokalno okolje, tako kot je tudi izraz profesionalnih idealov te prakse in simptom politik na delovnem mestu. Vendar etike vsakdana ne smemo reducirati na nobeno izmed teh ravni: bolj kot to, je cilj etnografije preko naracij strokovnjakov pronicati v težavnost njihovega vsakdanjega dela (Brodwin 2013: 13). Eden izmed (po mnenju sogovornice 15 %) primerov delovanja stroke proti želji uporabnika je bil primer uporabnice, ki je zelo težko živela sama. Patronažna medicinska sestra je na svojih obiskih pri uporabnici na domu opazila, da slednja ne najde svojih vhodnih vrat, zaspi ob ugašanju cigarete, se ne prehranjuje in podobno. To je sporočila psihiatrični bolnišnici Polje, ki je sklicala multidisciplinarni tim, kjer je bila prisotna tudi Andreja, saj je uporabnica obiskovala dnevni center Altre. Ona in patronažna sestra sta na timu izrazili mnenje, da bi bilo v tem primeru uporabnici primerno delno odvzeti skrbništvo (navadno se v podobnih primerih to nanaša bolj na finančno skrbništvo), psihiatrinja in koordinatorica pa sta bili mnenja, da bi bilo vredno vztrajati pri takratnem stanju. Svojo odločitev Andreja utemeljuje s tem, da je bila ta odločitev zagovorniška, saj je šlo za njeno branjenje pravice do uporabničinega dostojnega življenja oziroma *»do življenja, ki ga lahko nadzoruje«*, čeprav uporabnica sama te pravice in potrebe po njenem

udejanjanju ni čutila (Andreja Torlak, 26. 5. 2015). Hkrati poudarja, da se je odločila tudi na osnovi uporabničine nefunkcionalnosti za življenje, saj jo je bilo strah, da ogorek ne bi povzročil požara ali da bi se zgodila kakšna podobna nesreča. Na timu ni padla nobena odločitev, o nadaljnjem razvoju dogodkov pa Andreja ni obveščena, saj je uporabnica nehala hoditi na dnevni center. Predstavljeni primer je torej primer tretje vrste utemeljevanja odločitev strokovne delavke v etično zanimivih vprašanjih svoje vsakodnevne prakse.

Sogovornica preprečevanje samomora razume kot reševanje stiske, odločitev o sprejemu proti volji osebe v stiski pa kot zagovorništvo, saj poudarja, da ob takih primerih posameznika spremlja na sprejemu in mu v tem pogledu olajša stresnost dogodka. Zagovorništvo torej razume kot vedno povezano z voljo posameznika, reševanje stiske pa kot nujne intervencije, ki se lahko kdaj zgodijo tudi brez privolitve osebe v krizi.

Pričujoča raziskava ima, gledano na terensko delo, mnogo skupnega s kontekstom terenske raziskave uslužbencev skupnostne službe v ZDA (glej Brodwin 2013). Brodwin je analiziral etične odločitve načrtovalcev in koordinatorjev obravnave v skupnosti (*case managers*). Slednji so, podobno kot socialni delavki dnevnega centra Altre, eni izmed najnižjih v hierarhiji vseh poklicev na področju duševnega zdravja, ob enem pa zaradi narave dela uporabnike in njihovo okolje poznajo bolje od drugih strokovnjakov. Kljub vsemu je njihova beseda najmanj slišana v primerjavi z mnenji psihiatrov, zdravnikov ipd. Hkrati ne morejo spremeniti medikamentozne terapije in ureditve na področju skrbi za duševno zdravje, čeprav slednje odločilno določa njihovo vsakdanjo prakso (Brodwin 2013: 3). Brodwin poudari, da tovrstne raziskave etike vsakdanjega življenja, čeprav se morda kdaj zdijo dokaj partikularne, implicirajo širše vprašanje – kako odgovorno sodelovati z družbeno ranljivimi skupinami.

Kakšno je trenutno stanje obravnave oseb s težavami v duševnem zdravju v Sloveniji? Psihiatrična stroka s svojo (dostikrat biološkoredukcionistično in skoraj po pravilu neskupnostno) paradigmo delovanja ne uspe odgovoriti na vse potrebe uporabnikov. Sistematično financirana neskupnostna psihiatrična dejavnost po vsej Sloveniji s tem producira stranske produkte, kot so stigma, pasivnost uporabnikov in zmanjšana povezava s prej obstoječimi socialnimi mrežami. S temi stranskimi produkti se ukvarjajo predvsem različne nevladne organizacije (Altra, Ozara, Novi paradoks, Šent ...),

ki pa se srečujejo z vse bolj nesistemskim financiranjem programov.<sup>53</sup> Ob socialni in ekonomski krizi, zaostrovanju kriterijev za pridobitev socialnih prejemkov ipd. pada vse več nalog in teže na nevladni sektor, slednji pa je izjemno prekarno odvisen od »projektov«. Eden takšnih je tudi enoletni projekt »zagovorništvo« na Altri. Nesistemskost ureditve področja odzvanja na mnogih ravneh ustvarja stalni strah in negotovost strokovnjakov na področju socialnega varstva, zaradi njihove prekarne zaposlitve, kar onemogoča kontinuiteto in smiselno dolgoročno delo. Najhuje nesistemska politika odzvanja ravno pri uporabnikih – občine prekinjajo financiranje stanovanjskih skupin, krčijo razpise za javna dela (od katerih je zaradi preobremenjenosti socialnih delavk na dnevnem centru Altre tudi odvisen del programa), država ne razpiše več nujno potrebnih delavnih mest koordinatorjev v skupnosti ... Drugi pomembni poudarek je, čeprav razvejana, še vedno dokaj slaba pokritost s psihiatričnimi storitvami in z različnimi programi nevladnih organizacij v RS. Če za milijonska mesta drži že slovita formulacija, da se dispozitivi za dobro zdravje prebivalstva manjšajo z vsako postajo podzemne železnice, ki je bolj oddaljena od mestnega centra, lahko za stanje na slovenskem polju duševnega zdravja trdimo, da se dispozitivi za ustrezno celostno obravnavo oseb s težavami v duševnem zdravju slabšajo sorazmerno z oddaljenostjo od velikih mest z različnimi programi (svetovalnic, dnevnih centrov ...) nevladnih organizacij in dostopnostjo psihiatrične obravnave.

### **3.2.3. Prisilna hospitalizacija**

Refleksija etike in sploh narave vsakdanjega dela strokovnih služb je vselej vezana na vprašanje družbene moči, ki jo implicira strokovno znanje in pozicija. V pričujočem podpoglavju želim nadaljevati z raziskovanjem distribucije moči med uporabnikom in drugimi. Najvidnejši primer premoči bližnjih nad uporabnikom je prisilna hospitalizacija. V spodnjih odstavkih prepletam člene Zakona o duševnem zdravju z izkušnjo sogovornice, ki je bila prisilno hospitalizirana že osemkrat. Nato se posvetim naracijam prisilno hospitaliziranih, kasneje pa omenim tudi psihiatrični zorni kot. Ker so intervjuji opravljeni zgolj s hospitaliziranimi osebami in ne z njihovimi bližnjimi ali s psihiatri, je zato raziskava v tem delu omejena na analizo izvršenih dejanj in ne etičnih dilem in vrednot

---

<sup>53</sup> Dne 20. 6. 2015 se je v Grand Hotelu Union v organizaciji MDI (Mreže za deinstitucionalizacijo) in YHD (Društva za teorijo in kulturo hendikepa) odvila Mednarodna konferenca o deinstitucionalizaciji. Na njej je Vito Flaker poudaril spremembo, ki jo je v Sloveniji doživel psihosocialni model rehabilitacije – na svojih začetkih je deloval kot alternativa psihiatrični obravnavi, danes pa deluje kot njeno dopolnilo. V perspektivi diskrepance med sistemskostjo financiranja obeh pristopov postane spornost današnjega stanja očitna.

psihiatrov in drugih.

### 3.2.3.1. Do sprejemnega oddelka

Pred uvedbo Zakona o duševnem zdravju (2008) je bilo področje neprostovoljne hospitalizacije »urejeno« v več zakonih.<sup>54</sup> Zakon o nepravdnem postopku iz leta 1986 je v svojem 70. členu govoril o upravičenosti hospitalizacije proti volji v primerih hudega škodovanja ali ogrožanja življenja samemu sebi ali drugim. Zakon o zdravstveni dejavnosti iz leta 1992 je v svojem 49. členu ponovil navedeni člen zgornjega zakona, dodal pa možnost, da zdravnik, ki osebo napotuje na psihiatrijo, v primerih bolnikovega ogrožanja varnosti sebe ali drugih pokliče na pomoč pristojni organ Ministrstva za notranje zadeve. Poudarimo, da policije noben zakon ni obvezoval k tovrstnim intervencijam, zato so si jim nemalokrat ognili (Žvan 1995: 42–6).

Z zakonom o duševnem zdravju iz leta 2008 skuša Republika Slovenija sistematično urediti pravice hospitaliziranih oseb in tudi postopke hospitalizacije. Zakon torej loči hospitalizacijo s privolitvijo ali brez privolitve, pri čemer se slednja izvede bodisi na podlagi sklepa sodišča bodisi v nujnih primerih.

Postopek sprejema in nadaljnje obravnave v psihiatrični bolnici je zelo odvisen od podpisa o (ne)prostovoljni vključitvi v zdravljenje, kar doda postopku (ne)prostovoljnega sprejema moralne in »vzgojne« razsežnosti:

*Podpišeš ja sem bom zdravil, je princip čisto drugačen, ne podpišeš boš vsaj en teden na sprejemni, čisto kot ukrep nič drugega, čisto kot ukrep. Tudi kakšni stari psihiatri te znajo zajebavati kao če nisi v redu pa se ne obnašaš normalno ti dajo teden dva še za kazenskega. /.../ Jaz samo enkrat nisem podpisala prostovoljne izjave na sprejemni pa sem 10 dni sprejemne kasirala, ker je sodnik odločil da prej kot v 10 dneh me ne smejo spustiti. (Sara, 5. 3. 2015)*

V nujnih primerih sledi postopek pred sodiščem po nepravdnem postopu šele po sprejemu, pri čemer ima hospitalizirana oseba pravico do odvetnika (Zakon o duševnem zdravju 2008, 30. in 31. člen). Spodnje vrstice ilustrirajo primer, kaj pomeni udejanjanje zakona v praksi:

*M: Je bilo pa tako, da ko sem prišla notri so rekli, ja to je vaša odvetnica, je pa psihiatrinja govorila, da moram biti notri in je odvetnica za njo ponavljala. Ja boljše za vas je da ste notri. Ni me zagovarjala. To me je ful zmotilo.*

---

<sup>54</sup> Za širši pregled zakonskih določil o prisilni hospitalizaciji pred Zakonom o duševnem zdravju glej Gorjup (2011: 17–22). Glej navedeno delo tudi za globljo pravno analizo postopka prisilne hospitalizacije po ZDZdr.

*JŠ: Se je prej pogovorila s tabo?*

*M: Ne, to samo prideš tja in ona tam sedi. Nič da bi bila kaj pripravljena. Tam je, da tam zapišejo, da je ta formalnost čez, da si ti imel odvetnika. Enkrat pa me je en odvetnik hotel zagovarjat, vendar je bil nepripravljen, on je bil tisti čas dežuren, pa ni bil nič pripravljen, sploh ni vedel kaj se dogaja. Je hotel urgirati, ko je bilo prepozno zame. (Melisa, 17. 5. 2015)*

Sprejem brez privolitve naj bi se po zakonu začel zgolj, če so hkrati upoštevani vsi spodnji kriteriji: če je oseba nevarna za svoje zdravje in življenje ali zdravje in življenje drugih ali če povzroča hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim; če je to ogrožanje posledica hude duševne motnje, ki ji onemogoča presojo realnosti; če drugačne oblike zdravljenja niso možne (Zakon o duševnem zdravju 2008, 39. člen). Sogovornica pravi, da je bil razlog za njeno prisilno hospitalizacijo velikokrat že, da je bila moteča, kar se ji zdi nezadosten razlog, hkrati pa je iz njene izkušnje opazno, da niso bili izpolnjeni vsi zgoraj naštetih kriteriji: *»Saj smo res malo, vsaj jaz sem bila malo podivjana, ampak nisem nikomur škodovala, bila sem neprijetna družba.«* (Melisa, 17. 5. 2015)

Antropologija rada pokaže na relativnost interpretacije zakonskih predpisov in arbitrarnost presoje o njih.<sup>55</sup> Na tej točki je potrebno ponovno omeniti zgoraj analizirani primer, ki kaže na arbitrarnost presoje »nujnosti« sprejema posameznika v krizi:

*Enkrat se mi je zgodilo, da je zdravnica, sem prišla na pogovor [na sprejemno], je rekla niste nevarni zase, niste nevarni za družbo, samo malo se morate urediti, drugače pa lahko greste domov. Čez dva dni pa je druga zdravnica ocenila, da sem čisto za notri. In jaz sem rekla, ful je odvisno od njih, te so pa redki ki te domov spustijo, več je takih, ki te zadržijo. (Melisa, 17. 5. 2015)*

V nujnih primerih se lahko osebo hospitalizira pred sklepom sodišča, »kadar je zaradi narave duševne motnje osebe nujno potrebno, da se ji omeji svoboda gibanja oziroma preprečijo stiki z okolico« (Zakon o duševnem zdravju 2008, 53. člen). V nujnih primerih lahko hospitalizirajo osebo po napotnici zdravnika (ki ne sme biti starejša od treh dni) ali pa s pomočjo policije. Slednja pokliče reševalno ekipo, ki oceni stanje in po potrebi osebo odpelje v najbližjo psihiatrično bolnišnico (57. člen). Po izkušnjah hospitalizirane osebe to zgleda takole: *»Ja, pridejo do tebe in rečejo pridite z nami. Potem te kar zagrabi, fizično. To mene kar, ne zdi se mi v redu. Še 5 jih je tam, ful se ustrašiš«* (Melisa,

---

<sup>55</sup> Izbrisanim prebivalcev je npr. zakonsko pripadala zgolj pravica do nujnega zdravljenja (Lipovec Čebren 2011: 208–26). Če so se izbrisani prebivalci srečevali s problemom restriktivnosti presoje o nujnosti zdravljenja, se zdi, da je pri sprejemih na psihiatrijo iz vidika uporabnikov problem ravno obraten.

17. 5. 2015). Naslednji primer dobro opisuje situacijo pridržanja in prevoza na sprejemni oddelek psihiatrične bolnice proti volji:

*M: Ja en primer je bil, jaz sem bila v svojem stanju, sem hodila, so me ustavili policaji. In so rekli o Melisa, kaj pa delate, sem rekla, sprehajam se.*

*JŠ: Kako so vedeli tvoje ime?*

*M: Ja v bistvu nekdo [od bližnjih je poklical], to je mene tudi ful zmotilo, ker so me poklicali po imenu, sem že tam nekje zapisana, da sem jaz pa moja fotografija, ker sem imela že posla z njimi. In, jaz sem napadla, ne telesno, tega policaja, zakaj nosi orožje. Zakaj, ful me je zmotilo v tem mojem stanju, da pride po shizofrenika en policaj z orožjem, ful me je zmotilo orožje, to me tudi zdaj moti, ko sem zdrava, ampak takrat pa mi je še bolj padlo v oči. Sem mu prav rekla, ali se vi zavedate da nosite orožje. Vmes je potem še reševalec prišel, eden. In je rekel, če ne greste z nami vas bomo pa uklenili. Potem sem pa rekla da grem z njimi. Da me spet ne pretepajo. In sem šla. V bistvu so me pregovorili. (Melisa, 17. 5. 2015)*

Sogovornica ve, da jo ob prisilnem sprejemu čaka daljša in bolj nevhvalna hospitalizacija. Kljub vsemu je odločitev o podpisu sprejemnega obrazca njena gesta, s katero pokaže svoje nestrinjanje s celotnim postopkom:

*V bistvu nisem tudi dobila vsakič tega papirja, ampak včasih ko prideš z reševalci te kar avtomatično dajo v neprostovoljne, včasih pa nisem hotela podpisati, ker nisem hotela, sem mislila, da bo vsaj nekje zapisano, da to ni v redu, ker moj glas itak nikjer ni upoštevan, da bo vsaj nekje zapisano, da to ni v redu, ampak v bistvu po moje je tudi, obstaja tudi ta lažna prostovoljnost. Ker če ti podpišeš tisto, boš prej šel domov, in je to kao prostovoljno, in to boljše izgleda za bolnico. (Melisa, 17. 5. 2015)*

### **3.2.3.2. Vsakdanja etika dela psihiatrov**

Ker v raziskavo nisem uspel vključiti tudi perspektive psihiatrov na njihovo etiko vsakdanje prakse (predvsem na t. i. »posebne varovalne ukrepe«), skušam v nadaljevanju zgolj opozoriti na raziskave v tujini (predvsem glej Brodwin 2014).

Psihiatrična stroka ima, kot biomedicina na splošno, svoje etične kodekse. Že znotraj tega polja se opozarja, da je črta med različnimi funkcijami teh kodeksov tanka, saj lahko delujejo tako samoreglativno (profesionalna samoregulacija) kot tudi samozaščitno (Kocmur 2002: 12). Beremo lahko, da so temeljna vodila prakse psihiatrije avtonomija

bolnika (spoštovanje njegovih želja in izbire), neškodovanje bolniku, delovanje v pacientovo korist in pravičnost (enako obravnavati enake primere) (ibid.: 17).

Antropološke raziskave etike vsakdanje prakse so pokazale, da je slednja polna ambivalence – ta pa ni zgolj notranja, individualna, temveč je hitro lahko družbena kategorija. Ambivalenca vznikla, ker je zgoraj omenjena etična vodila težko udejanjati hkrati. »Delati dobro za bolnika« in ga »zvezati s pasovi« kdaj delujeta kot nezdružljivi kategoriji (Brodwin 2014: 529–30).<sup>56</sup> Nema lokrat mora ob primeru neprosto voljne hospitalizacije psihiater premagati svoje strahove in strahove svojih kolegov, najhujše pa je, pravi psihiater Žvan, da se mora soočiti z bolj ali manj odkritim nasprotovanjem bolnika (Žvan 1995: 39). Ena izmed zanimivejših refleksij o vmesnosti svojega delovanja med medicinskimi, etičnimi in pravnimi regulacijami ponudi slovenska psihiatrija, ko reflektira predvsem sintagmo »povzročati resno škodo sebi ali drugim«, ki je že dolgo prevladujoč jeziček na tehtnici odločanja o prisilni hospitalizaciji:

Ali to velja (namreč velika škoda) le v primeru hude fizične agresivnosti oziroma uničevanja premoženja v velikem obsegu? Ali velja to tudi takrat, ko akutno psihotični bolnik z vožnjo motornega vozila ogroža sebe in druge? Ali tudi takrat, ko bolnik sredi zimske noči na stečaj odpira okno in odkriva otroke, češ da se bodo sicer zadušili? Kaj pa takrat, ko se povzročanje velike škode sebe in drugim “še ni pričelo”, pa je to možno ob poznavanju prejšnjih psihotičnih epizod s precejšnjo gotovostjo predvideti (in s hospitalizacijo preprečiti)? Bolnik si v psihotičnem obdobju dostikrat naredi “veliko škodo” tudi posredno, saj se zaradi njegovega motečega vedenja pojavijo v odnosih z bližnjimi hude težave, ki ga obremenjujejo tudi oz. še posebno v obdobju remisije. (Zmago Žmitek; cit. v Romih 1995: 7–8)

Vrednotenja prisilne hospitalizacije se raztezajo od izjemno pozitivnih do izjemno negativnih. Po mnenju psihiatra Vukoslava Žvana je prisilna hospitalizacija »humano in plemenito dejanje, saj lahko učinkovito pomaga trpečemu in nebogljenemu bolniku in preprečuje celo vrsto zapletov, pogosto tudi bolnikovo smrt« (Žvan 1995: 40). Pomemben etnografski uvid, ki morda drži tudi za kontekst sodobne psihiatrične prakse v Sloveniji, je, da *biopsihiatrični* razlagalni model in profesionalna socializacija psihiatre ščitita pred ambivalenco in dilemami prisilnih ukrepov, saj razumejo posameznikovo osebnost in bolezen kot dve ločeni stvari. V tem kontekstu je blagodejna vloga prisilnega zdravljenja

---

<sup>56</sup> Ambivalenca je izjemno otipljiva v naslednjem primeru, ko psihiater razmišlja o svoji odločitvi prisilnega zdravljenja z injekcijo in vezanja s pasovi neke uporabnice: »Čudno je. Počutim se slabo, da sem ji sploh dal injekcijo, hkrati pa se počutim slabo, ker ji je nisem dal prej« (Brodwin 2014: 532).

kot možen pogled na problem notranje razumljiv, saj bolniku zgolj pomaga pri rešitvi od simptomov (Brodwin 201: 530–1).<sup>57</sup> Če so pasovi in težke doze antipsihotikov videni kot del nujnega zdravljenja, ki ublaži pacientovo trpljenje, je po mnenju nekaterih ta ukrep povsem etičen. To mnenje bi lahko uvrstili pod širši diskurz »terapevtskega pragmatizma«, ki je dokaj prisoten način moralnega sklepanja, po katerem prisilni ukrepi zaradi klinično koristnih in blagodejnih posledic *ipso facto* postanejo sprejemljivi (Brodwin 2014: 532). Podoben način pragmatičnega sklepanja o etičnosti dela smo pokazali na primeru etičnih vprašanj socialnovarstvene prakse.

### 3.2.3.3. »V Polju« – proti izhodu

Veliko strokovne literature in izkušenj hospitaliziranih oseb priča o zelo specifičnem bolnišničnem okolju.<sup>58</sup> Konstrukcionistični teoretski poudarek v družboslovju nas uči, da je vsak družbeni prostor konstruiran v kulturno in zgodovinsko določenih dispozitivih. Psihiatrična bolnišnica v tem pogledu ni nikakršna izjema. Antipsihiatrično gibanje je poudarjalo, da je prav to bolnišnično okolje tisto, ki producira »duševno bolezen«, čudno vedenje oseb, depresivnost in podobno.<sup>59</sup>

Skladno z antipsihiatrično kritiko pogojev življenja in »zdravljenja« v psihiatričnih bolnicah lahko beremo tudi spodnji primer, ki kaže na v instituciji spremenjeno počutje posameznice. Sogovornica Melisa je imela v stanjih, ko »ji je dogajalo«, dobre občutke. Po sprejemu v bolnišnico se je njeno stanje občutno spremenilo:

*Meni je dogajalo na dobro, dokler sem bila na svobodi, čim sem pa ta šok doživela z reševalci in v bolnici, atmosfera tam, mi je pa začelo na slabo dogajat. V bistvu se mi je poslabšalo stanje od tistega okolja. Od tiste bolnice sem začela dobivati tudi negativne strahove, pred tem nisem imela nobenih strahov, šla sem potovati, sem šla v Zagreb enkrat na pivo in nazaj domov [smeh], sem ful uživala, čim sem pa doživela to nasilje mi je pa, so pa to take negativne misli, strahovi. (Melisa, 17. 5. 2015)*

Tanja Lamovec, kot je bilo že omenjeno, opozori na nujnost, da se uporabnik v

---

<sup>57</sup> Zanimiv je paradoks, ki ga je Luhrmann opazil med primerjavo prakse psihiatrov in psihoterapevtov. Čeprav imajo prvi s prisilnimi sredstvi vso moč nad pacientom, se jih bojijo in jih večkrat razumejo kot nevarne, medtem ko psihoterapevti reflektirajo, kako so lahko nevarni pacientom in se tega izogibajo (Luhrmann po Brodwin 2014: 530, opomba 1).

<sup>58</sup> O ritualnem procesu sprejema osebe v psihiatrično bolnišnico in o posledični spremembi osebe v pacienta sem pisal že v poglavju o zagovorništvu.

<sup>59</sup> Naj tu zgolj napotim na delček domače literature na tem področju. Goffmanovsko študijo totalnih ustanov je podal Vito Flaker (1998), za zanimivo antropološko raziskavo zavoda Hrastovec - Trate pa glej Glavič in Skale (2006).



instituciji prilagodi novi realnosti svojega družbenega konteksta, »ki nagrajuje predvsem ubogljivost, pasivnost, neinicativnost, nevidnost in konformizem« (Lamovec 1998: 32). Tako institucija proizvaja nove normative vedenja posameznikov, ki se razlikujejo od normativnih pričakovanj v vsakdanjem življenju. Z drugimi besedami, v instituciji se redefinirajo koncepti zdravja in bolezni. Sogovornica na primer pravi, da je za vezanje v pasove zadosten razlog, »da ti nisi miren. Da se dereš, če zganjaš hrup.« Tovrstna normativna pričakovanja in »simptomi zdravja v instituciji«<sup>60</sup> generirajo prakse hospitaliziranih oseb, ki so daleč stran od njihovega dejanskega počutja in potreb tisti trenutek. Tako sogovornica nadaljuje: »Saj večinoma si miren od strahu, včasih ti pa tudi popusti film.« (Melisa, 17. 5. 2015)

To generira celo kopico strategij, ki jih hospitalizirane osebe uporabljajo za doseg svojega cilja – čim prej priti iz bolnišnice. Sogovornica takole strne svoje izkušnje z zdravstvenim osebjem iz psihiatrije: »Pomaga, da si prijazen z njimi. Pomaga, da čim si ti prijazen, rečejo ja tebi se je pa stanje izboljšalo, čim se pa ti pritožiš na človeške pravice pa rečejo, tebi se je pa stanje poslabšalo. Tako v bistvu ponavljajo, v bolnici je čisto v redu, če se pa ti pritožuješ, pa si ti psihotičen.« (Melisa, 17. 5. 2015)

Za zdravljenje se lahko izjemoma uporablja tudi »posebne varovalne ukrepe«, ki so definirani kot »telesno oviranje s pasovi in omejitev gibanja znotraj enega prostora«. Uporabi se jih »zaradi omogočanja zdravljenja osebe ali zaradi odprave oziroma obvladovanja nevarnega vedenja osebe, kadar je ogroženo njeno življenje ali življenje drugih, huje ogroženo njeno zdravje ali zdravje drugih ali z njim povzroča hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim in ogrožanja ni mogoče preprečiti z drugim, blažjim ukrepom.« Oseba je lahko zvezana največ 4 ure, omejitev gibanja pa naj bi trajala največ 12 ur (Zakon o duševnem zdravju 2008, 29. člen). Žal pa se predpisi ne upoštevajo vedno. Sogovornico so prisilno hospitalizirali, ko je njen sosed poklical reševalce. Ko je prišla iz sprehoda do bloka, jih je videla, zato je hotela zbežati, vendar so jo videli ter ujeli in zvezali. Sogovornica jasno pove, da dojema celotni postopek z uporabo prisilnih sredstev kot »grozav«, prav ta postopek pa potem vpliva na počutje osebe, ki si ga potem psihiatri razlagajo kot odsev notranjega stanja in ne upoštevajo konteksta prisilnega prihoda na psihiatrijo. Zvezali so jo

---

<sup>60</sup> Tanja Lamovec jih opiše kot: ubogljivost, konformizem, dovolj dobro počutje, odsotnost simptomov (2006[1995]: 35–6). Celotni odstavek je čudovit prvoosebni etnografski uvid v realnost psihiatričnih ustanov, hkrati pa se bere kot priročnik, kako preživeti hospitalizacijo: »Čustva so tam znak 'duševne bolezni'. Zato proč z njimi in veselo v igro zmernega optimizma.«

*že reševalci, v vozilu. Tudi ko sem prišla zavezana, so me notri peljali na sprejemni oddelek, tam me držali zavezano, tudi dlje kot smejo, imajo v zakonu par ur, čez noč pa to, potem pa sem zjutraj dobila papir, bila je nemirna in grozava. Itak da si grozav, če si zavezan. (Melisa, 17. 5. 2015)*

Izjemno zanimiv je tudi fenomen, na katerega so že nakazali zgornji primeri. Ker se znotraj institucije vsakdanje življenje izgubi in konstruira neko novo, z novimi pravili, normativnimi pričakovanji ipd., podobno velja za redefinicijo tega, kdo je »žrtev« in kdo je »ogrožen«. Poleg nujnosti, da pacient priznava napisana in nenapisana pravila interakcije<sup>61</sup>, ki ga zdravniki vsilijo skozi interakcijo s pacienti (»v bolnici je čisto v redu«), gre v nekaterih primerih za viktimizacijski diskurz zdravniškega osebja, ki se dojema kot žrtev:

*Ker oni se stalno branijo, da je njim težko, če bi se oni brigali za vsakega, ampak se pa ne zavedajo, kako je nam ki smo tam zaprti. /.../ Ko je ta zdravnica rekla, če vi sprašujete, če greste na odprti oddelek, je to pritisk name. Pred kratkim, banke so rekly, da nočejo revizorjev, ker je to pritisk nanje. Tako da moč deluje podobno na vseh nivojih, prav iste izjave imajo. (Melisa, 17. 5. 2015)*

### **3.3. Klinična srečanja in barantanje**

Medicinska antropologija je izčrpna v raziskavah terapevtskega odnosa med zdravnikom in pacientom. Če smo se do sedaj osredotočali na procese etiketiranja in na prisilno hospitalizacijo, se zdaj z enakim poskusom analize razmerja moči osredotočimo na interakcije med zdravnikom in bolnikom bodisi znotraj institucij bodisi na ambulantnih pregledih. V antropoloških raziskavah morda še najpomembnejši poudarek izlušči Helman, ko poudari, da tudi zdravniki prinesejo v svojo prakso veliko kulturnih vrednot iz svojega družbenega konteksta (2007: 125). Terapevtski odnos se torej pokaže kot »nesterilen«, kar je v nasprotju s klasičnimi biomedicinskimi reprezentaciji enosmerno odločevalnih procesov diagnostike, zdravljenja in kliničnih odnosov med zdravniki in pacienti, ki naj bi jih vodila zgolj strokovnost zdravnika.

Funkcionalistična sociološka šola je videla v medicini akterja ohranjanja družbene kohezivnosti, ki skrbi za družbeno kontrolo, ločitev normalnega od deviantnega. Talcott Parsons je v interakciji med zdravnikom in pacientom videl harmonijo in konsenzualnost

---

<sup>61</sup> Strong (2001) temu pravi *frame* in se s tem nanaša na Goffmanovo konceptualno dediščino (kot npr. v knjigi »Frame analysis«).

kljub razlikam v družbeni moči obeh strani (Lupton 1994: 6–7). Za Parsonsa je bila zdravniška kontrola in neosebnost pač vpisana v vnaprej determinirano družbeno interakcijo, ni pa videl, da je doseganje *ceremonialnega reda*<sup>62</sup> v terapevtskem odnosu specifičen proces, ki vplete vse sodelujoče (Strong 2001: 7). Strong – ki je teoretsko črpal od Goffmana in ga s citirano knjigo tudi presejal – predlaga koncept »role frame«, ki ne determinira prakse, temveč ji zgolj nudi dispozicije. Format (*role frame format*) je torej neodvisen od osebnosti zdravnikov in pacientov, jih pa vse vključuje v svojem pogosto nevidnem usmerjanju ceremonialnega reda družbene interakcije.

Tako kakor funkcionalistična, je tudi sociološka šola politične ekonomije videla medicino kot moralno instanco, ki vzdržuje red s kaznovanjem deviance. V razumevanju dinamike med zdravnikom in pacientom se je pojavila analogija z dinamiko moči med kapitalistom in delavcem. V interakcijo med pacientom in zdravnikom je tako omenjena teoretska smer vpeljala inherentni antagonizem, konflikt interesov (Lupton 1994: 8–10). Ideja o funkciji družbene kontrole medicinske vednosti se je ohranila tudi v teoretski smeri družbenega konstruktivizma, vendar moči (medicine) foucaultovsko ne vidijo več kot nujno opresivno, pač pa kot *produktivno* silo, ki pa za razliko od svoje vloge znotraj marksistične kritike ni zgolj domena institucij, temveč se skozi socializacijske procese reproducira in spreminja z vsakim posameznikom (Lupton 1994: 12). Razporeditev moči, njeno ohranjanje ali spreminjanje, je vedno skupno delo vseh vpletenih.

Pri zgodnjih antropoloških raziskavah terapevtskega odnosa gre za simbolično-interpretativni pristop, kjer se obe vpleteni strani »pogajata« o pomenu bolezni, njenem vzroku in smiselnem zdravljenju. V spodnjem primeru je vidna želja psihiatrinje, da »vzgodbi« sogovornikove glasove v širši kontekst, vendar to po mnenju sogovornika dela rahlo okorno. Takole govori o rednih obiskih pri psihiatrinji:

*Takrat komentira, kaj počnem kako se počutim. Včasih rečem take glupe, da so mi glasovi rekli, da naj jem česen ali pa kaj takega. Ona pa, česen je pa zdrav pa take. Mislim, skuša voditi pogovor. Smiselno, jaz pa nesmisle govorim. To je tako [se nasmehne]. (David, 26. 2. 2015)*

Poleg t. i. pogajanja in izmenjevanja razlagalnih modelov je prisotna tudi igra

---

<sup>62</sup> V obilnem etnografskem delu pri pediatričnih pregledih Strong opaža, da je prevladujoči »birokratski model« predpostavljala apriorno kompetentnost mater obravnavanih otrok pri skrbi za njihovo zdravje. Zdravniki so obdržali in aktivno ohranjali to idejo tudi ob njihovi evidentno neustrezni skrbi za svoje otroke, po drugi strani pa so bili očetje, bratje, babice in podobni že *a priori* neustrezni sogovorniki. Terapevtska srečanja je zaznamovala prijaznost in zdravniško aktivno ohranjanje pozitivne pripisane identitete staršem otrok.

prerazporejanj družbene moči, kar lepo ilustrirajo spodnji primeri s terena. Jasno je, da ima vsaka stran terapevtskega odnosa svoje strategije in svoje cilje. Barantanje ni nujno usmerjeno zgolj na klinične odločitve, vselej pa je po mnenju sogovornice možno zgolj ob uporabnikovem spoštljivem odnosu do psihiatra:

*Imaš zdravnike ki so OK, z mojim ambulantnim in sprejemnim ženskim zdravnikom [sprejemna oddelka sta moški in ženski] sva se vedno lahko zdelala, jaz sem se lahko tudi zdelala da morem biti še pod nadzorom, ker sem bila preveč manična in bi lahko od dehidracije prišlo da skupaj padec, ampak me je pustil dvakrat na dan na kofe, pred kosilom pa po kosilu, da sem šla v brunarico, ker mi je zaupal, da bom nazaj prišla da ne bom pobegnila. Nisem bila begosumna in imaš lahko tudi privilegije. Zdaj če se ti ful upiraš pa kričiš pa jih napadaš, nihče tega ne bo gledal, tudi jaz ne bi. (Sara, 3.4.2015)*

Zanimiv primer barantanja, vezanega na klinične odločitve, pokaže naslednji primer, kjer je v terapevtski odnos vpeta tudi mama uporabnika ob ambulantnem pregledu pred prvo hospitalizacijo:

*Veš starši niso vedeli kaj narediti, smo šli k psihiatru. V Trbovlje. In mi je dala pomirjevalo. Je rekla če nočete antipsihotikov bom dala pa pomirjeval. Ampak to ne bo dosti je rekla mami [psihiatrinja je rekla njegov mami]. Je rekla mama, no če pa ne bo dosti se pa tako zmenimo, torek je bil ali sreda, če do nedelje ne bo boljše, ga odpeljemo v bolnico. In do nedelje seveda ni bilo boljše in sem moral iti. (David, 26. 2. 2015)*

Na sprejemnem ali drugih zaprtih oddelkih je po izkušnjah sogovornice izjemno malo pogovorov s psihiatri. Navadno so pogovori kratki, hospitalizirane osebe pa jih največkrat izkoristijo za vprašanje o svojem izhodu:

*Ja zelo kratki so te pogovori po navadi, vprašajo te kako se počutiš. Jaz sem prav razmišljala, kolikokrat moram to izgovoriti, da sem v redu da me spustijo, jaz sem ponavljala iz tistega strahu in iz nelagodja, v redu sem. V bistvu zdravniki pa tako, nazadnje ko sem bila, ena zdravnica, če rabiš pogovor z njo. Ona sedi in klepeta s sestrami. Jaz rabim, jaz nujno rabim pogovor. Ja počakajte. Potem greš mimo pa se sestre med sabo pogovarjajo, kako jih bomo vezali, ali tako ali tako. Nimajo nobenega človeškega sočutja. Zdravniki ne. Ti si za njih en tam, ne vem kaj si jim. (Melisa, 17. 5. 2015)*

Čeprav sogovornica ni imela nikoli besede pri kliničnih odločitvah, niti ni bila

vprašana za kakršnokoli mnenje, je enkrat uspela pospešiti svoj odhod z zaprtega oddelka. Čeprav vesela nad izidom, ji hkrati ta primer (kot zgolj eden izmed mnogih iz njenih izkušenj) ustvarja dvom v strokovnost psihiatričnih odločitev:

*Oni veljajo za strokovnjake, enkrat pa je bil en zdravnik, skos sva se eno in isto pogovarjala in ni me hotel spustiti iz zaprtega oddelka. Ker to zdravnik odloči. Kako ste, v redu, kdaj lahko grem na odprti oddelek? In ni hotel. En dan pa sem ga nadrla, prav nadrla sem ga, potem me je pa pustil. Mislim to ni strokovna odločitev ... (Melisa, 17. 5. 2015)*

Klinična srečanja v psihiatrični bolnici so, kot sem že nakazal, polna strategij uporabnikov za doseg različnih ciljev. Enega izmed ključnih, odhod iz bolnišnice ali vsaj odhod na odprti oddelek, sem že omenil. Poleg najbolj očitnih so tu še druge strategije deljenja in prirejanja informacij o svojem počutju. Sogovornik si svoje glasove razlaga kot *znamenja*, vendar misli, da psihiatrična stroka njegovega emskega vidika ne bi ohranila, pač pa bi ga skušala umestiti v kategorije bolezni. Zato o svojem razumevanju izkušenj, psihiatrično označenih kot shizofrenija, ni govoril psihiatrom, saj »*če si bil enkrat v Polju to še ne pomeni da si čist nor in da bi vse stvari povedal*«. Vseeno pa je kdaj sporočil delček svojih glasov in prividov, vendar preko risbe na risarski delavnici na zaprtem oddelku. Njegova risba je, ker je vsebovala motive iz znamenj preko prividov in prisluhov, izstopala:

*oni ti predvajajo en zvok in ti moraš risati. Jaz sem pa takrat izkoristil, da kakšno stvar, da takrat ko sem jo dobil vizualno, sem jo prenesel na papir pa naj se oni s tem ukvarjaj. Sse pravi jaz besedno jim nisem povedal, da bi lahko rekli, da je to manija /.../ tako jaz to sliko narišem pa naj se oni potem ukvarjajo. /.../ In zanimivo je gledati terapevta. (Jože, 1. 4. 2015)*

Jože je na pazljiv in njemu varen način sporočal tisto, kar so mu govorili glasovi in prividi. O glasovih ni govoril odprto, saj je misli, da bo temu sledila zgolj močnejša medikamentozna terapija. Ker pa je vseeno želel komu prenesti informacije, ki so mu jih posredovali glasovi, je to storil preko risbe.

Obe strani imata v terapevtskem srečanju svoje predstave o tem, kaj je dobro za bolnika, hkrati pa imata obe tudi določene strategije za doseg svojih ciljev. Na primerih sem želel pokazati, da moč ni zgolj domena institucij, temveč je prerazporejanje družbene moči vselej stvar sprotne aktualizacije v medosebni interakciji zdravnika in pacienta. Prav teh procesov poststrukturalistične, s Foucaultom navdihnjene raziskave ne vidijo, saj so

lahko preveč osredotočene na hegemonne medicinske diskurze in prakse (Lupton 1997: 94–5). Vseeno je uporaben Foucaultov poudarek, da zdravniki niso figure moči, temveč zgolj »povezave v nizu odnosov moči« – moč je relacijska kategorija, ki si je ne (more) lasti(ti) nobena partikularna družbena skupina (ibid.: 99).

### 3.4. Preživljanje stiske brez hospitalizacije – vloga skupnosti?

Sogovornica poudarja, da sama najbolje pozna svoje težave in da iz izkušnjami ve, kaj ji pri določeni krizi pomaga:<sup>63</sup>

*Je težko potem preživeti, jaz tudi glasove občasno slišim, če sem neprespana, če mičkeno izzivam pa dve tri noči ne spim potem rataš psihotičen, ker možgani hočejo spat in možgani zaspijo in si ti v sanjah z odprtimi očmi in imaš lahko in privide in prisluhe in najboljše zdravilo za tako stanje je, da se tako nafukaš s tabletami, da spiš 14 do 16 ur v kosu. In potem je kot reset [ponovni zagon]. (Sara, 3.4.2015)*

Sogovornica je zadnjo krizo skušala preživeti brez hospitalizacije, zgolj z ambulantnimi pregledi, in pri tem uspela. Pri tem ji je pomagala psihiatrinja, ki ji je predpisala potrebna zdravila in zaupala, da jih bo uporabnica jemala:

*vedela pa sem, da dobro sama vem, koliko prenese zdravil moje telo, pa sem kombinirala in sem vzela toliko tega toliko tistega toliko tretjega pa sem bila nepsihotična pa zbudena pa sem ustvarjala in bluzila. (Sara, 3. 4. 2015)*

Pri preživljanju stiske doma je ključna pomoč prijateljev. Sogovornica je z dvema prijateljema, ki imata izkušnje bodisi s psihozo bodisi z manijo, zmenjena, da so »si začeli ob tistih trenutkih postavljati 'zrcalno ogledalo', da sam lahko dobiš uvid, kaj se pravzaprav s teboj dogaja in kako intenzivna je zadeva«. V njeni zadnji krizi omenjena prijatelja tega dogovora nista upoštevala, saj sta se zgolj spraševala, kaj narediti, vendar v njeni odsotnosti. Največja skrb sogovornice ob njeni krizi je njen labradorec, saj je nanjo zelo navezan, hkrati pa v primeru hospitalizacije ostane doma sam.

*Jaz sem ta drugemu [prijatelju] nesla ključ, sem rekla če bo slučajno prišlo, tukaj imaš ključ od stanovanja, pokliči mojega bivšega partnerja, ki ga psi poznajo, da bo prišel Štepanjca živet ta čas. Naprej bomo pa že hendlali. Dejansko ugotoviš, kako pomemben je mir, ko doživljaš psihozo, daj se že tako ali tako vrši v tvoji glavi*

---

<sup>63</sup> Tako se je enkrat sama odločila za hospitalizacijo po hudi izkušnji mobinga na delovnem mestu: »Uglavnom ko sem jaz smeno zjutraj delala je [šef] tulil na mene tako da sem ga jaz terala v materno da sem mu jaz rekla da še eno zine pa bom policijo poklicala in da ga naj zaprejo za moje pojme in potem sem bila tako pod stresom da se od sedmih zjutraj do dveh ponoči nisem k sebi spravila in sem ob treh poklicala taksi in šla v Polje.« (Sara, 3. 4. 2015)

*en kup procesov in najmanj, kar takrat potrebuješ, je, da te nekdo vsako uro pokliče ali se najavi na obisk... (Sara, 3.4.2015)*

Sogovornica je bila ob zgoraj omenjeni krizi vseeno deležna podpore, celo na bližnji bencinski črpalki, ko je med krizo (in že pred njo) opuščala kajenje. Pomoč in intervencije bližnjih so v njeni zadnji krizi nihali od prijateljevega kuhanja do sosede, ki ji je ponudila 5 € za taksi do Polja (denar je sprejela, si z njim kupila hrano in ga sosedi vrnila čez en teden):

*S: Na domačemu Petrolu so vedeli, da nehavam kaditi in mi ni hotel prodati škatle cigaret. Sva se dilala ali mi bo prodal čike ali tobak ali pridem na sosednjo izmeno.*

*JŠ: Kako se ti to zdi?*

*S: Meni se zdi, skupnost je pomembno, da ve za take zadeve. Ipak nas je tako malo, to je od enega do štiri procente populacije svetovne ima to bolezen, je fino če imaš nekoga, konec koncev poglej bila sem brez denarja, nisem imela nič več v hladilniku, eno jabolko je ždelo tam, itak nisem imela apetita, tako da mi je bilo čisto vseeno, prijatelj mi je župce kuhal, a razumeš, friend, da sem vsaj nekaj. In ta soseda pride s petimi evri za taksi, če boš morala v bolnico iti, ne.» (Sara, 3. 4 .2015)*

Skupnostni pristop v obravnavi oseb s težavami v duševnem zdravju prepozna lokalno skupnost, v kateri živi določena oseba, kot potencialni vir pomoči, solidarnosti in podpornih mrež. Tudi brez strokovnega skupnostnega pristopa pa je lokalna skupnost vir tako procesov stigmatizacije in marginalizacije oseb s težavami v duševnem zdravju, kot tudi vir podpore in pomoči. Kot je bilo poudarjeno že večkrat, antropološki pogled pokaže na pomen ljudskega sektorja zdravstva, ga prepozna kot del zdravstvenega sistema (v širšem pomenu besede), s tem pa kot relevantnega za odločitve o začetku zdravljenja osebe, o izbiri zdravljenja in podobnem.

### **3.5. Zaključne ugotovitve poglavja**

Antropološki pogled poudari pomen socialnih mrež osebe s težavami v duševnem zdravju. Naj bodo to osebi podporne mreže ali ljudje, ki pošljejo posameznika na zdravljenje proti njegovi volji, vedno so vpleteni v najzgodnejše »definiranje« stanja, moči krize, nujnosti intervencije (in njeno izbiro), hkrati pa tudi evalvirajo psihiatrično obravnavo. Na osnovi terenske raziskave bi lahko rekli, da psihiatrična stroka v tej luči pogosto deluje zgolj kot potrjevalec tega, kar je ugotovil družbeni kontekst hospitalizirane

osebe. Vseeno se pojavljajo primeri, ko sprejemni psihiater osebe v krizi (kljub napotilu njenih bližnjih) ne sprejme. Ob razmisleku o vlogi bližnjih pri procesih odločanja o zdravljenju si lahko pomagamo z znanim antropološkim poudarkom: »Običajno mislimo, da strokovnjaki organizirajo zdravstvo za laično populacijo, vendar pa pogosteje laiki vzpostavljajo zdravstvo s svojimi odločitvami, kdaj in pri komu, če sploh, iskati pomoč« (Arthur Kleinman; cit. v Lipovec Čebren 2008: 60).

Družbena moč, kot smo pokazali že v prejšnjem poglavju, ni zgolj domena institucij, temveč nadzor, ocenjevanje (duševnega) stanja posameznika v krizi ipd., preči tudi vsakodnevno življenje ožjega družbenega kroga osebe s težavami v duševnem zdravju. Nadalje sem ugotovil, da klasifikacije hospitalizacije kot prostovoljne ali neprostovoljne na papirju niso povedne, saj so odločitve hospitaliziranih oseb – podpisati sprejemni obrazec ali ne – prežete s strategijami in premisleki, kritikami sistema in pogledom na svet. Obstajajo prostovoljni sprejemi, ki so posledica prepričevanja pacienta s strani zdravniškega osebja, na drugi strani pa je veliko tudi prisilnih hospitalizacij, ki bolj kot nepripravljenost na zdravljenje odsevajo posameznikovo držo do sistema. Ob tem, da je uporabnikov glas le malokrat slišan, je nepodpisan sprejemni obrazec ena izmed redkih priložnosti, da sprejeta oseba izrazi svoje nestrinjanje z uporabo prisile pri sprejemu na zdravljenje.

Iz partikularnih izkušenj oseb, sprejetih na zdravljenje proti lastni volji, izhaja, da je zaradi specifičnega družbenega prostora, ki ga implicira institucija, spremenjena tudi logika »žrtve«. Pacienti sebe doživljajo kot tiste, ki so v slabem položaju, z okrnjenimi pravicami ipd., podobno tudi osebje, ki ima moč nadzorovanja in kaznovanja, pogosto sebe dojema v ranljivem položaju, v vlogi žrtve. Že stalna vprašanja pacientov, kdaj lahko grejo na odprti oddelek, se lahko dojema s strani zdravniškega osebja kot »pritisk nanje«.

V analizi razlogov za hospitalizacije se ponuja predvsem družbenointerakcionistična interpretacija, ki razume etiketo duševnega bolnika kot simptom neupoštevanja družbenih normativnosti, ki se raztezajo od pravil interakcije v javnosti do pravil družinskem okolju (Flaker 1993: 8). Z drugimi besedami je diagnoza »učinek interakcije med vedenjem posameznika in odzivom okolice nanj« (Lamovec 1998: 31).

Postopek neprostovoljne hospitalizacije je pravno reguliran z Zakonom o duševnem zdravju. Z vzporednim branjem zakona in doživetih izkušenj ene izmed sogovornic sem na partikularnem primeru skušal pokazati, kaj zakonska določila prinašajo v prakso. Ni



dvomov, da obstaja razkorak med predpisi in prakso, kar je najbolj vidno v zgolj formalni prisotnosti odvetnika v nepravdnem postopku, ki že zaradi narave postopka običajno ne more uspešno zagovarjati hospitalizirane osebe.

Nadalje naj poudarim, da je tako psihiatrična praksa pri neprostovoljni hospitalizaciji oseb v duševni krizi kot tudi praksa socialnih delavcev (v mojem primeru dnevnega centra Altre) razburkano področje med profesionalnimi in pravnimi regulacijami kot tudi akterjevega pogleda na svet. Prav zaradi te vmesnosti in pestrosti je to polje izjemno zanimivo za antropološko raziskovanje. Etika vsakodnevne prakse je vselej vpeta v konkretne primere, pogosto stisko s časom in težo odločitev o napotitvah na psihiatrijo (s strani socialnih delavcev) in o prisilnem nujnem zdravljenju (s strani psihiatrov). Odločitve pogosto vodi »terapevtski pragmatizem«, zaradi katerega odločitve postanejo etično utemeljene šele po njihovi izvršitvi. Etika vsakodnevne prakse je torej kot raziskovalno področje že nakazana v tem diplomskem delu, odpira pa izjemno zanimive možnosti za nadaljnje raziskave.

V vsakodnevnem življenju naši zaznavni procesi stalno prehajajo med redom reprezentacije in prezenze (Fischer-Lichte 2008: 240–6). Prvi so »najbolj« vsakdanji, drugi pa določeno delovanje spremenijo, prav zaradi prezentnosti, v bolj performativno. V gledališču to razliko opazimo pri reprezentativni igri Hamleta, kjer je v ospredju lik, ki ga igralec reprezentira in ne toliko igralčevo telo (za razliko od performansov Marine Abramovič, ki silijo v ospredje red prezenze). Za psihiatrične institucije lahko predpostavljamo, da njihov habitus – zaradi specifike okolja, ki ga konstruirajo –, še močnejše kot v vsakdanjem življenju sili v ospredje red reprezentacij pred redom prezenze, tako zdravnika kot pacienta, saj sta prej reprezentaciji svojih družbenih vlog kot svoji fenomenalni telesi. Antipsihiatrično gibanje je ravno s fenomenološkim razumevanjem duševne stiske prineslo poudarke na človekovi izkušnji, duševno stisko pa razumelo ne kot bolezen, temveč kot spremenjen »biti-v-svetu« posameznika (glej Lamovec 1996[2005]: 111–141). Hkrati je zanimiva že drugje nakazana sprememba identiteta hospitalizirane osebe. Fenomenološko razumevanje duševne stiske kritizira ustaljeno psihiatrično diagnostiko, ki razume posameznikovo v krizi spremenjeno doživljanje sveta kot neresnično (»Kar čutiš, ni res.«) in patološko (Lamovec 1996[2005]: 129). Diagnoza prizadetim osebam izniči samoidentiteto in jim vsili novo, identiteto bolnika. Vendar predpostavljam, da je na novo pripisana identiteta redko sprejeta v popolnosti. V institucijo sprejeta oseba je tako v permanentnem liminalnem (ali kot bi dejal Victor Turner, »*betwixt*

*and between*») položaju. Pacient se tako znajde, če skušam slediti nadaljnjemu razvoju koncepta liminalnosti, med dvema pozicijama, med »ne jaz« in »ne-ne-jaz« (Schechner 2004: 171). Ta dvojna negacija pomeni, da igralec v času predstave ni niti Hamlet niti on sam. Podobno je z osebo v psihiatrični ustanovi – institucija mu ne priznava lastne identitete, vseeno pa ne more (in velikokrat tudi ne želi) v celoti sprejeti pripisane identitete bolnika. To se opazi v mnogih strategijah, katerih je polna vsaka interakcija med pacientom in zdravnikom.

Slednja – tako med hospitalizacijo kot tudi med ambulantnimi pregledi – odpira prostor redefinicijam konceptov zdravja in bolezni, kjer tako ena kot druga stran uporabljata svoje strategije za doseg svojih ciljev. Bolnikove strategije se lahko raztezajo od kričanja na osebje do upoštevanja »simptomov zdravja v institucijah«, kot so mirnost, zmerno dobro počutje in podobno, hkrati pa je od vsake posamezne hospitalizirane osebe odvisna stopnja samoidentifikacije s pripisano identiteto »duševnega bolnika«.

#### 4. Zaključek

V uvodu diplomskega dela so predstavljena moja vstopanja na teren, kar je pospremljeno z refleksijo dvojne vloge raziskovalca in prostovoljca, osebnih pretresov ob raziskovanju in refleksijo uporabljene metodologije.

V prvem poglavju skušam etnografsko čim bolj gosto opisati primere zagovorniških intervencij. Potrebe po njih vznikajo iz trenutne nemoči uporabnika ali uporabnice na mnogih področjih – bodisi v odnosu do institucij bodisi v sferi privatnega življenja. Zagovorništvo daje glas neslišanim, z njimi sodeluje in jih predvsem opolnomoči za njihovo avtonomno delovanje. Zagovorništvo analiziram predvsem v kontekstu nevladne organizacije Altra, lahko bi torej rekli, da sem se raziskave lotil preveč enostransko, skozi optiko organizacije in njenih programov, vendar spet poudarjam, da je zagovorništvo del ali drugo ime vsake emancipatorne prakse. Na podlagi svojih zagovorniških izkušenj skušam ob njihovi refleksiji ponuditi tudi refleksijo pozicij moči v dinamiki med zagovornikom in zagovarjano osebo.

Drugo poglavje se ukvarja predvsem z etnografskim popisom in analizo situacij, kjer se volja uporabnika najbolj vidno ne upošteva. Pišem o neprostovoljni hospitalizaciji, etičnih dilemah vsakodnevne prakse strokovnih delavcev in delavk, hkrati pa skušam razmisliti o družbeni moči uporabnika aplicirati tudi na klinična srečanja, kjer opazim, da je distribucija moči med psihiatrom in uporabnikom sicer historično pogojena, vendar je situacijsko aktualizirana, kar daje tematiki drugo, ne tako deterministično optiko.

Celotno diplomsko delo vpenja v celoto glavno vprašanje o družbeni moči uporabnic in uporabnikov psihiatrije. Prvo poglavje jedrnega dela analizira primere, kjer je ob šibkosti uporabniške družbene moči potrebna zagovorniška intervencija, drugo poglavje pa analizira vmesno pozicijo uporabnika ali uporabnice med njihovimi bližnjimi in institucijami. V besedilu sem poudaril glas uporabnic in uporabnikov, hkrati pa tudi nekaterih strokovnih delavk in delavcev. Zdi se, da je celotno besedilo zgolj polovica dialoga s psihiatrijo, saj se nanjo ves čas nanaša, vendar ji ne nameni veliko glasu. Ko se pojavlja, je to le glas psihiatričnih učbenikov, strokovnih publikacij in drugih raziskav psihiatrične prakse. Naj bo to dober uvod v nadaljnje raziskave.

Razporeditev družbene moči je produkt mnogih sil. V uvodu nakažem na zgodovinske dispozitive obravnave oseb s težavami v duševnem zdravju, ki še danes strukturirajo psihiatrično prakso. Poleg historične in kulturne pogojenosti pa je obravnava strukturirana tudi skozi interakcijo terapevtskega odnosa. Kot pokažem v drugem poglavju,

je proces terapevtskega barantanja osredotočen na simbolno redefinicijo konceptov zdravja in bolezni, hkrati pa je ta proces poln redefinicij družbene moči obeh strani. Razporeditve družbene moči so torej vpete v fluidne procese njihovih sprotnih aktualizacij.

Zagovorništvo je lahko svojevrsten način politične emancipatorne prakse, saj je njegov cilj, da uporabniki »prevzamejo aktivno vlogo pri uveljavljanju svojih interesov« (Lamovec 2006[1995]: 223). Duševno zdravje je zgolj eno področje, kjer je zagovorniška dejavnost nujno potrebna. Potrebe po zagovorništvu se porajajo pri različnih družbenih skupinah. Na Škotskem, kjer je zagovorniška dejavnost še posebej razvita (v posebnih zagovorniških organizacijah t. i. »neodvisnega zagovorništva«), se ta izvaja najpogosteje z ljudmi s težavami v duševnem zdravju, duševnem razvoju, z otroki z učnimi težavami in s starejšimi osebami (glej SIAA 2012: 3).

Samoniklo se zagovorniška dejavnost vzpostavi vedno ob potrebah zatiranih delov populacije, tudi migrantov, izbrisanih, gluhih in naglušnih, slepih in slabovidnih, izvajajo pa jo lahko tudi angažirani raziskovalci preko svojih raziskav. V kontekstu zdravstvenega sistema v tujini obstaja institucija kulturnega mediatorja, ki sicer nima zgolj zagovorniške funkcije, vendar bi jo lahko postavili v isti red tretjih oseb, ki skušajo bodisi zaradi kulturnih, jezikovnih ali drugih ovir posredovati v stiku med uporabnikom in zdravniškim osebjem. Zagovorništvo pa ni in ne more biti zamejeno samo na zdravstveni sistem, saj sledi potrebam uporabnice oz. uporabnika, te pa navadno prečijo različne ravni vsakdanjega življenja. Vsak posameznik je vpet v več sfer družbenega življenja, zato v svojem diplomskem delu govorim o zagovorništvu ne zgolj v kontekstu klinične prakse in bolnišnic, ampak tudi o zagovorniških intervencijah na socialnih službah in opolnomočenju oseb za samostojno življenje.

Zagovorništvo po mojem mnenju in izkušnjah ne more in ne sme biti zamejeno v kategorijo dejavnosti organizacij na prostem trgu. Niti ni domena nevladnega sektorja ali institutov, ki jih zapiše Zakon o duševnem zdravju. Iz antropološkega vidika vidim zagovorništvo predvsem kot *način* delovanja vsakega posameznika in posameznice, ta način pa ne preči zgolj polja duševnega zdravja, temveč vse dimenzije človekovega delovanja, ki jih skuša demokratizirati in emancipirati. Slednje pa pomeni, da je zagovorništvo v svoji osnovi izjemno politična, progresivna praksa dela z ljudmi. Pogosto nevidne in neslišane populacije skuša emancipirati, jih spremlja na poti lastne osvoboditve raznih tako institucionalnih kot neinstitucionalnih zatiralskih praks.

Antropološko raziskovanje tem, ki jih družba potiska v ozadje – kamor nedvomno

sodi slišanje glasov, duševne stiske ipd. – se mi zdi izjemnega pomena, saj si naša disciplina ne sme privoščiti napake ponavljanja marginalizacije že tako marginaliziranih tem. Človeška nesreča, duševne krize, trpljenje in bolezni so sestavni del življenja. Še več, so izkušnje, ki življenje strukturirajo in niso zgolj njegovi ekstremi, nenormalnosti. Raziskovanje teh tematik je lahko torej izjemno povedno za družbo, v kateri živimo.

Med terenskim delom in kasnejšo analizo se je pojavilo mnogo vprašanj za nadaljnje raziskovanje. Zanimivo bi bilo globlje raziskati dinamiko med zagovornikom in uporabnikom – bodisi raziskati več različnih načinov vzgodbljanja skupne akcije bodisi razporeditev družbene moči med njima. Nadalje bi si pozornost zaslužila tudi perspektiva psihiatrov, tako glede zagovorništva in vplivov tovrstnih intervencij na klinični kontekst kot tudi glede vsakdanje etike psihiatričnega dela. Etične dileme odločanja o nujnem zdravljenju, zanimivo področje za nadaljnje raziskave, bi bilo vredno raziskati tudi v kontekstu bližnjih, saj je tudi to področje, ki je v pričujočem delu zapostavljeno.

To diplomsko delo s težnjo po dajanju vsaj parcialnih odgovorov na nekatera vprašanja odpira še več vprašanj, ki kličejo po nadaljnjih medicisnkoantropoloških raziskavah duševnega zdravja. S tem se hkrati antropološka perspektiva v razmisleku o (duševnem) zdravju, medicini in podobnem afirmira kot legitimna in potrebna.

## 5. Summary

My thesis discusses social power relations faced by people with mental distress. Their unequal social position raises a strong need of advocacy not just in mental health institutions but also in everyday life. By the term advocacy I understand all kinds of practices which strengthen one's autonomy and ability to express one's own needs and to act so as to fulfil them. I present many beneficial outcomes of advocacy interventions. Regarding interventions in institutions, advocacy can empower people to speak about their needs, it protects people's human rights, helps to decrease one's stress when faced with hospitalisation process, etc. Regarding empowerment for everyday life, daily centres of non-governmental organisations have a big role. The one studied, which takes part of NGO Altra, has many daily activities, self-help groups and workshops, all concerned about how to empower people with mental health problems to reintegrate into society, which are spread from cooking workshops to groups of emotional intelligence and assertive communication. Apart from professional, the so called peer advocacy is also very important. Many people find help of any kind from the »professionals by experience« very useful. The concept of advocacy (peer as well as professional one) cannot be exhausted by institutions imposed by legislation, nor by NGO programmes. Anthropologically speaking, it is mainly the »how« of each emancipatory practice. In addition, anthropological point of view shows a dynamics of advocacy interventions – the narrative structure of experience. On the basis of an ethnographical experience of the encounter between a social worker and a user I show how an action is emploted into a broader story of a social work intervention which is, as I argue, the non-obvious but still very important feature of advocacy interventions.

Person with mental distress is, by the time of mental crisis, faced firstly by a local context which evaluates changes in one's behaviour. It also provides first – always culturally determined – actions responding to the crisis. Often local context decides for a compulsory hospitalisation on behalf of a person and against the person's will. By analysing this from a legislative and experience point of view I show how far apart they can be in practice – although Mental Health Act provides a guarantee of maintenance of certain human rights also during hospitalisation, one's dignity (as well as some human rights) can be unsuccessfully maintained. I understand this ethnographic outcome as a result of a reality in hospital which is constructed in culturally specific way, where concepts like health and illness are redefined. I show that a person in mental crisis – although considered to be of unsound mind – can consciously make his or her decision not to subscribe an informed consent (even if it implies longer hospitalisation) to show the dissent from compulsory treatment itself. I also point out the richness in dynamics of everyday practise of the social worker in the above mentioned NGO, since she is often faced with occasions which can also lead her to make decisions against a user's will. Everyday ethics is discussed in the scope of many dichotomies in everyday practise – how to defend one's autonomy, while at the same time prevent him or her from suicide or even more severe psychosis? Furthermore, I analyse the negotiation processes which are present in clinical encounters between psychiatrists and patients. I show that not just meanings of health problems are negotiated; there are power relations which are actualised by each clinical encounter. One can say that the thesis is directed to a better understanding of the position of the socially excluded ones. Which dimensions of everyday life does exclusion extend to and how? What can one do, in order to “help” people to reintegrate into society? Lots of questions remain to be answered.

## 6. Literatura

Bernard, Russell H.

1995 *Research Methods in Anthropology: Qualitative and Quantitative Approaches*. 2. izdaja. Walnut Creek, London in New Delhi: AltaMira Press.

Bohinec, Monika

2012 'Diagnoza in njen človek.' *Časopis za kritiko znanosti, domišljijo in novo antropologijo* 39(250): 185–196.

Bohinec, Monika in Andreja Rafaelič

2012 'Oskrba iz-hodovcev, solidarnost in terapija svobode.' *Časopis za kritiko znanosti, domišljijo in novo antropologijo* 39(250): 197–211.

Bourdieu, Pierre

2003 *Sociologija kot politika*. Ljubljana: Založba /\*cf.

Bouwkamp, Roel in Sonja Bouwkamp

2014 *Blizu doma: priročnik za delo z družinami. Ravnanje z interakcijskimi vzorci v družini, pri procesih podpore in pomoči ter na področjih psihosocialnega dela*. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete, Pedagoška Fakulteta in Inštitut za družinsko terapijo.

Bregar, Branko in Jožica Peterka Novak, ur.

2011 *Skupnostna psihiatrična obravnava: Zbornik predavanj z recenzijo*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Brodwin, Paul

2013 *Everyday Ethics: Voices from the Front Line of Community Psychiatry*. Berkeley, Los Angeles in London: University of California Press.

2014 'The Ethics of Ambivalence and the Practice of Constraint in US Psychiatry.' *Culture, Medicine and Psychiatry* 38: 527–549.

Bukovčan, Tanja

2010 'Nije za one slabih živaca – pitanja etičnog i moralnog relativizma u medicinskim etnografijama.' *Etnološka tribina* 33(40): 45–56.

Bulić Vidnjevič, Ivna

2011 'Modeli skupnostne psihiatrične obravnave - izkušnje in dileme pri prenosu v slovenski prostor.' V: Branko Bregar in Jožica Peterka Novak, ur. *Skupnostna psihiatrična obravnava: Zbornik predavanj z recenzijo*. Ljubljana: Zbornica

zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, str. 1–6.

Carlsson, Hanna

2014 “*Advocacy changed my life*”: *Research into the impact of independent advocacy on the lives of people experiencing mental illness*. Scottish Independent Advocacy Alliance, e-publikacija.

Fischer-Lichte, Erika

2008 *Estetika performativnega*. Ljubljana: Študentska založba (Zbirka Koda).

Flaker, Vito

1993 'Advocatus diaboli.' *Socialno delo, časopis za teorijo in prakso* 32(3-4): 5-10.

1998 *Odpiranje norosti: Vzpon in padec totalnih ustanov*. Ljubljana: Založba /\*cf.

Flaker, Vito in Andreja Rafaelič, ur.

2012 *Časopis za kritiko znanosti, domišljijo in novo antropologijo* 39(250).

Flaker, Vito et. al.

2009 *Formalni in strokovni okvirji za uvajanje in izvajanje Zakona o duševnem zdravju*. Ljubljana: Inštitut RS za socialno varstvo in Fakulteta za socialno delo.

Dostopno na: <[www.fsd.uni-lj.si/mma/Elaborat/20121222618590516](http://www.fsd.uni-lj.si/mma/Elaborat/20121222618590516)>, pregledano 11. 5. 2015.

Foucault, Michel

1988 *Madness and Civilization. A History of Insanity in the Age of Reason*. New York: Vintage Books.

Glavič, Tina in Tanja Skale

2006 'Odstiranje »norosti«: Antropološka raziskava Zavoda Hrastovec-Trate.' Neobjavljeno diplomsko delo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta, Oddelek za etnologijo in kulturno antropologijo.

Goffman, Erving

2008[1963] *Stigma: zapiski o upravljanju poškodovane identitete*. Maribor: Aristej.

Good, Byron J.

1994 *Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.



Gordon, Elisa J.

2004 'Bioethics: Contemporary Anthropological Approaches.' V: Carol M. Ember in Melvin Ember, ur. *Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the World's Cultures*. New York, Boston, Dordrecht, London in Moskva: Kluwer Academic/Plenum Publishers, str. 73–85.

Gorjup, Špela

2011 'Procesni vidik prisilne hospitalizacije po zakonu o duševnem zdravju.' Neobjavljeno diplomsko delo. Maribor: Univerza v Mariboru, Pravna fakulteta.

Helman, Cecil G.

2007 *Culture, Health and Illness*. New York: Oxford University Press.

Hill, Clara E.

2004 *Helping Skills: Facilitating Exploration, Insight, and Action*. 2. izdaja. Washington: American Psychological Association.

Hughes, Charles C.

1990 »Ethnopsychiatry.« V: Thomas M. Johnson in Carolyn F. Sargent, ur. *Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method*. New York, Westport in London: Praeger, str. 132–148.

Kleinman, Arthur

1980 *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkley, Los Angeles in London: University of California Press.

1995 *Writing at the Margin: Discourse between Anthropology and Medicine*. Berkeley, Los Angeles in London: University of California Press.

Kleinman, Arthur in Byron Good, ur.

1985 *Culture and Depression: Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder*. Berkeley, Los Angeles in London: University of California Press.

Kocmur, Marga

2002 'Etika psihiatričnega zdravljenja.' V: Janez Romih in Andrej Žmitek, ur. *Meje psihiatrije*. Begunje: Psihiatrična bolnica Begunje, str. 10–20.

Kohler Reissman, Catherine

2003 'Performing identities in illness narrative: masculinity and multiple

sclerosis.' *Qualitative Research* 3(1): 5–33.

Lamovec, Tanja

1998 *Psihosocialna pomoč v duševni stiski*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.

2006 [1995] *Ko rešitev postane problem in zdravilo postane strup: nove oblike skrbi za osebe v duševni krizi*. 2. izdaja. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Lipovec Čebren, Uršula

2008 *Kročere zdravja in bolezni: Tradicionalne in komplementarne medicine v Istri*. Ljubljana : Filozofska fakulteta, Oddelek za etnologijo in kulturno antropologijo.

2011 'Izbrisani prebivalci brez zdravstvenega državljanstva: medicinskoantropološka študija.' Neobjavljena doktorska disertacija. Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta, Oddelek za etnologijo in kulturno antropologijo.

Lupton, Deborah

1994 *Medicine as Culture*. London: Sage.

1997 'Foucault and the medicalisation critique.' V: Alan Petersen in Robin Bunton, ur. *Foucault: Health and Medicine*. London: Routledge, str. 94–112.

Luz, Madel T.

2007 *Natural, Racional, Social*. São Paulo: Hucitec.

2012 'Estudo comparativo de racionalidades médicas: medicina ocidental contemporânea, homeopática, chinesa e ayurvédica.' Madel Luz in Nelson F. Barros, ur. *Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas em Saúde: estudos teóricos e empíricos*. Rio de Janeiro: UERJ, str.: 5–47.

Mattingly, Cheryl

1994 'The concept of therapeutic »emplotment«.' *Social Science and Medicine* 38(6): 811–822.

1998 *Healing dramas and clinical plots: The narrative structure of experience*. Cambridge: Cambridge University Press.

Marušič, Andrej

2002 'Meje med institucionalno in skupnostno psihiatrijo.' V: Janez Romih in Andrej Žmitek, ur. *Meje psihiatrije*. Begunje: Psihiatrična bolnica Begunje, str. 45–51.

Mayes, Rick in Allan V. Horwitz

- 2005 'DSM-III and the revolution in the classification of mental illness.' *Journal of the History of the Behavioral Sciences* 41(3): 249–267.
- Milčinski, Lev
- 1978 'Pota in mejniki v razvoju psihiatrije.' V: Lev Milčinski, ur. *Psihiatrija*. Ljubljana: DDU Univerzum, str. 9–36.
- Mimica, Jadran
- 2010 'Un/knowing and the practice of ethnography: A reflection on some Western cosmo-ontological notions and their anthropological application.' *Anthropological Theory* 10(3): 203–228.
- Muršič, Rajko
- 2011 *Metodologija preučevanja načinov življenja: Temelji raziskovalnega dela v etnologiji ter socialni in kulturni antropologiji*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta.
- Pichot, Pierre J.
- 1997 'DSM III and its reception: a European view.' *The American Journal of Psychiatry*, 154(6): 47–54.
- Rafaelič, Andreja in Mateja Nagode
- 2012 'Uvajanje dolgotrajne oskrbe.' *Časopis za kritiko znanosti, domišljijo in novo antropologijo* 39(250): 47–61.
- Rogers, Anne in David Pilgrim
- 2005 *A sociology of mental health and illness*. Tretja izdaja. Maidenhead: Open University Press.
- Romih, Janez
- 1995 'Uvodne misli.' V: Janez Romih in Andrej Žmitek, ur. *Dileme ob neprostoVOLJNI hospitalizacije*. Begunje: Psihiatrična bolnica Begunje, str. 5–9.
- Schechner, Richard
- 2004 *Over under and around: Essays in Performance and Culture*. Calcutta, New Delhi: Seagull Books.
- SIAA
- 2012 *More for Less? Independent Advocacy — More demand, less funding: SIAA research into delivering advocacy in the recession*. Scottish Independent Advocacy Alliance, e-publikacija.
- Strong, Philip M.

2001 *The ceremonial order of the clinic: parents, doctors, and medical bureaucracies*. Aldershot: Ashgate.

Šimenc, Jana

2005 'Nekaj razkritih dimenzij vsakdanje bolnišnične prakse.' *Etnolog* 15: 97–117.

Urek, Mojca et. al.

2011 *Smernice in etična načela delovanja zastopnikov pravic oseb na področju duševnega zdravja na podlagi izkušenj zastopnikov v praksi in na podlagi mednarodno sprejetih standardov: predlog skupine za spremljanje zastopnikov*.

Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo. Dostopno na: <<http://www.fsd.uni-lj.si/mma/Smernice/2012122619012823/>>, pregledano 11. 5. 2015.

Wilson, Mitchell

1993 'DSM-III and the transformation of American psychiatry: A history.' *The American Journal of Psychiatry* 150(3): 399–410.

Zakon o duševnem zdravju

2008 'Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr).' Uradni list RS, št. 77/2008. Spletni vir: <<http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO2157>>, pregledano 17. 5. 2015.

Žvan, Vukoslav

1995 'Bolezenska psihiatrična stanja, ki najpogosteje zahtevajo hospitalizacijo proti volji bolnika.' V: Janez Romih in Andrej Žmitek, ur. *Dileme ob neprosto voljni hospitalizacije*. Begunje: Psihiatrična bolnica Begunje, str. 39–49.

## **7. Priloge**

### **7.1. Priloga 1 (ustni viri in intervjuji)**

Andreja Torlak: prvi intervju: 1. 4. 2015

drugi intervju: 26. 5. 2015

Tatjana Romih, 11. 3. 2015

David, 26. 2. 2015

Sara P.: 1. intervju 5. 3. 2015

2. intervju 3. 4. 2015

Jože G.: 1. intervju 1. 4. 2015

2. intervju 14. 4. 2015

Tilen Recko, 22. 4. 2015

Melisa, 17. 5. 2015

Navedeni so sogovorniki in sogovornice, ki jih neposredno navajam v diplomskem delu.

## **7.2. Priloga 2 (izjava o avtorstvu)**

### **Izjava o avtorstvu**

Izjavljam, da je diplomsko delo v celoti moje avtorsko delo in da so uporabljeni viri in literatura korektno navedeni.

Ljubljana, 24. junij 2015

Juš Škraban

---

## **7.3. Priloga 3 (dovoljenje za objavo)**

### **Izjava kandidata**

Spodaj podpisani Juš Škraban izjavljam, da je besedilo diplomskega dela v tiskani in elektronski obliki istovetno in dovoljujem objavo diplomskega dela na fakultetnih spletnih straneh.

Ljubljana, 24. junij 2015

Juš Škraban

---