

UNIVERZA V LJUBLJANI
FILOZOFSKA FAKULTETA
ODDELEK ZA ETNOLOGIJO IN KULTURNO ANTROPOLOGIJO

DIPLOMSKO DELO

LJUBLJANA, 2016

TINA PEGAN

UNIVERZA V LJUBLJANI
FILOZOFSKA FAKULTETA
ODDELEK ZA ETNOLOGIJO IN KULTURNO ANTROPOLOGIJO

TINA PEGAN

Liminalnost psihiatričnega zdravljenja

Diplomsko delo

Mentor: red. prof. dr. Rajko Muršič

Univerzitetni študijski program:
Etnologija in kulturna antropologija

Ljubljana, 2016

Srčna hvala mami, rada te imam, Norvežanom in »njihovim čarovnijam«, mojim sogovornikom na »postaji«, psihiatrinji V. za vse razsvetljujoče in nadvse prijetne pogovore, socialni delavki M. za srčnost in predanost svojemu poklicu, profesorju Rajku Muršiču za miselne orehe in navdušujoče mentorstvo, knjižničarki Damjani za iskrene in iskrive pogovore ob izposoji oddelčne literature, tajnici Mojci, ki je enostavno najboljša, Mihi, Tjaši in Eivinu za prevoda ter mojima lektoricama iz krasnega Bovca, Marijani in Miji.

Izvleček

Liminalnost psihiatričnega zdravljenja

Biti zdrav in bolan sta kulturno relativna pojma in kulturno specifična termina, ki ju bolniki emocionalno doživljajo podobno. Ko ti zbolijo, se jim spremeni pogled na zdravje in biti zdrav postane osrednja težnja in želja, v času zdravljenja bolnega posameznika pa se dogaja cel niz sprememb, ki ga ločujejo od prejšnjih družbenih vlog in ga postopoma prilagajajo k sprejetju novih. Pogled nase se ne spremeni le liminalnemu bolniku. Tudi posamezniki strukturirane skupnosti se lahko do njega pričnejo vesti, kot da se nič ni zgodilo, ali se do njega obnašajo, kot da je ta bolan, nor oziroma tujec. Kot »človek na pragu«, lociran med družbenima konstruktoma – boleznijo in zdravjem, ni ne tukaj ne tam, ampak je nekje vmes, vselej pa v fascinantnem in strašnem »vmesnem svetu« blodenj in halucinacij, ki jih skupnost (preventivno) patologizira in načrtno zdravi, kajti le zdrav in produktiven posameznik lahko prispeva k družbeni dobrobiti in njeni blaginji.

Ključne besede: liminalnost, duševno zdravje, socialna patologija, hospitalizacija.

Abstract

Liminality in Psychiatric Treatment

To be healthy and to be ill are not only culturally relative, but also culturally specific terms which the patients experience in a similar emotional manner. When they become ill, they view health in a different light, and being healthy becomes their core desire and ambition. During the treatment of an ill individual, a series of changes takes place and separates the individual from their previous social roles and gradually adapts them to accepting new ones. However, it is not only the liminal patient who changes their view of themselves. Even individuals from a structured community may choose to behave towards them as if nothing had happened or they may act as if such a person was sick, crazy or foreign. Such a person stands on the doorstep between the social constructs of illness and health, not here not there, but somewhere in between, always in the fascinating but at the same time terrifying intermediate world of delusions and hallucinations, which the community (preventively) pathologises and treats in a decisive and planned manner, because – in their view – only a healthy and productive individual may contribute to the social welfare and well-being.

Key words: liminality, mental health, social pathology, hospitalization.

KAZALO VSEBINE

UVODNE MISLI.....	1
I. SREČANJE.....	3
II. LIMINALNA ARENA.....	10
Sprejem v psihiatrično bolnišnico.....	10
Ženski zaprti oddelek.....	15
Liminalne identitete psihoterapevtskega oddelka.....	18
Liminalnost etiologij bolezni.....	28
Socialno-kulturne značilnosti liminalnega obdobja.....	36
Obdobje inkubacije bolezni.....	45
Živeti liminalnost in latentno liminalnost.....	54
III. PRIMUM NON NOCERE.....	62
Bolnik in zdravnik kot partnerja v komuniciranju.....	62
Moralna obravnava.....	72
Zanikanje kraja oblastništva in demokratizacija odnosov.....	79
Lojalnost, politizacija in represija.....	85
IV. SLOVO.....	95
ZAKLJUČEK.....	98
LITERATURA.....	100

mami

Še ena želja

Iskali ste me v nižinah,
ko bila sem v višavah,
kjer zvezde bledijo,
ko dela se dan.

Išči me ...

Majhen utrip v spomin na tvojo tiho misel,
preden se zakrijem z odtenki neba.

Najdi me ...

Ko se ponovno daljne luči prižgejo,
se prikažem kot bleščica, ki zaživi daleč od tvojega sveta.

Išči me, najdi me. Iščem se, najdem se.
Še ena želja tli za oba.

Nina

UVODNE MISLI

Pogost argument pri težavah z duševnim zdravjem, ki dramatično znižujejo kakovost življenja, je obremenitev državne blaginje. Govor o državnem blagostanju je prisoten skoraj v vsakem članku ali v monografijah, ki govorijo o duševnih motnjah in duševnih boleznih, zlasti ko avtorji navajajo statistične podatke o tematiki.^{1,2} Tudi del definicije zdravja je opredeljen kot posameznikov aktivni prispevek v skupnost in v njeno blaginjo (glej SZO 2011; Jeriček Klanšček, Zorko, Bajt in Roškar 2009: b.s.). Posameznikova odsotnost prispevanja v državno blagostanje se ocenjuje iz socialnega in ekonomskega stališča, razlog za to pa naj bi bil eksistencialne narave, in sicer v odsotnosti produktivnega in kakovostnega načina življenja pri duševno bolnem posamezniku. Tu bi bilo vmesno postaviti vprašanje, kdaj duševno bolni posameznik postane in preneha biti duševni bolnik in kaj je mišljeno kot kakovost v načinu bivanja. Se odsotnost samostalnika *bolnik* pojavi takrat, ko posameznik ne obiskuje več psihiatrične ambulante kot del redne in preventivne kontrole, takrat, ko zaključi s hospitalizacijo in se (ponovno) vključi v skupnost, v kateri tudi nadaljuje z zdravljenjem, ali takrat, ko preneha z naštetimi aktivnostmi in opusti jemanje zdravil? Ali se oznaka biti in ne biti duševni bolnik pojavi takrat, ko se prične in preneha bolniški stalež ter vrste socialnih pomoči? In ne nazadnje, ali ni kakovostno življenje tudi skrb za zdravje?

Ko se navidezno prenehajo (kot se tudi navidezno pričnejo) dejavnosti *kariere duševnega bolnika* (Goffman 1961) in *kariere deviantnega posameznika* (Thoits 2003: 136), se ta pretvori v nekdanjega uporabnika duševnega zdravja, katerega naj ne bi mogli več imenovati bolnik. Osrednji problem o biti nekdanji uporabnik in ne več bolnik je v trdovratnosti stigme, s pomočjo katere se vrstijo opisi in delitve na jaz in ne jaz. K njenemu premagovanju naj bi pripomoglo javno zdravje, ki je opredeljeno kot splošni javni interes. Vendar, kaj je točno v interesu javnosti? Je to delo in posameznikova angažiranost, da se ponovno aktivno zaposli in ponovno deluje v svoje dobro in v dobro skupnosti in državne

¹ Za primer glej zbornik *Duševno zdravje v Sloveniji* (2009), Helena Jeriček Klanšček, Maja Zorko, Maja Bajt in Saša Roškar, ur., ki ga je izdal Inštitut za varovanje zdravja.

² Duševne motnje močno obremenjujejo družbene vire in njene gospodarske, izobraževalne, socialne, kazenske in sodne mehanizme. Državo naj bi stale 3-4 % bruto domačega proizvoda, v glavnem zaradi izgubljene produktivnosti posameznika. Po statističnih podatkih so duševne motnje eden od vodilnih razlogov za odsotnost z dela in zgodnjo invalidsko upokožitev (Marušič in Temnik 2009: 70).

blaginje?³ Vsekakor, saj v času bolezni stagnira ravno posameznikovo aktivno delo v obliki zaposlitve in s slednjo povezana aktivnost v skupnosti. Kako biva duševno bolni posameznik? Duševni bolnik razvija znotraj in izven zdravstvene strukture svoje nove sposobnosti, se spoprijema s stresom v vsakdanjem življenju, učinkovito dela (na sebi) in prispeva v svojo skupnost, saj dela v smeri ozdravitve in (ponovne) vključitve vanjo, torej v času bolezni deluje znotraj okvirov zdravja, katerega je opredelila *Svetovna zdravstvena organizacija*, SZO (2011). Duševni bolnik se od družbeno konstruiranega zdravega posameznika vidno loči le na podlagi intenzivnosti dela in v vrsti kontekstov, znotraj katerih ta (začasno) deluje in v katere vlaga svoje individualne in enkratne potenciale ter ambicije, saj mu je cilj dehospitalizacija ali zaključitev ambulantnega zdravljenja. Torej, kaj sta duševna bolezen in duševno zdravje?⁴

³ Raziskava, ki jo je izvedel Leon Cohen (povzeto po Lamovec 2006), je pokazala pozitivne učinke dela na potek bolezni. Tisti, ki so po odpustu iz bolnišnice dobili delo, so imeli manj ponovitev kriz kot tisti, ki so bili ovrednoteni kot za delo nesposobni (Lamovec 2006: 191).

⁴ Herzlichova (v Adam in Herzlich 2002: 41) pravi, da sta pojma zdravje in bolezen neodvisna od našega medicinskega znanja ter da je naš govor o njiju družben. Značilnost bolnih pri iskanju vzrokov za obolevnost je izpostavitve družbenega konflikta in eksogenosti bolezni (glej Adam in Herzlich 2002: 42). Bolni posameznik izdeluje teorije o vzrokih za njegovo bolezen, katerim se lahko zoperstavi in s tem sam sebi potrdi, da je v bistvu zdrav (na primer odreče se nezdravemu načinu življenja).

I. SREČANJE

»Dober dan, bi lahko govorila z Resnico Ve ...?«

»Tukaj smo vse resnica, zato se odločite, koga bi radi!«⁵

Ura je bila 15.03. Oddelčni telefon je bil že priključen na koncu hodnika, ki je ločeval zaprti ženski oddelek od odprtega ženskega oddelka. Še enkrat je zazvonil, tokrat so klicali Veroniko in ne Resnice. Pacientka, ki je predhodno dvignila slušalko, se je namrščila in stopila v svojo sobo.

Nekatere pacientke, ki so imele dnevne proste izhode, so se odpravljale proti vhodnim vratom, kjer so ponavadi počakale na sestro, ki je imela seznam prostih izhodov.

»Dobro. Ajda, 30 minut, Andreja, 20 minut, Nina ...«

»Jaz se pridem pokazat po 30-ih minutah, pol grem še kakšen diro⁶ nardit okoli bolnice, prav?« je dejala Nina.

Ob vhodu se je slišalo nekakšno prepiranje, ki je prihajalo iz kadalnice.

»Jaz nisem za tu! Nisem taka kot ti! Mam raka na hipofizi!«

»Pol zakaj si tu in ne v kliničnem?«

»Pa saj to ves čas govorim, vsem govorim, tudi sestram, da nisem za tu, a ti sodniki delajo vse po svoje ... Se bom pritožla!«

Iz Ninine sobe se je slišalo govorjenje v izmišljeni latinščini in vsake toliko časa petje, kjer je bila razločno izgovorjena le beseda *»aleluja«*. V isti sobi je ležala starejša, globoko verna ženska, ki je sebe neprekinjeno retorično spraševala in se kritizirala, češ da kaj je naredila. *»Kaj sem nardila, kaj sem nardila, kaj sem nardila ...?«* To je počela ure in ure. Zraven je sopacientka pela, hodila gor pa dol po sobi in krilila z rokami: *»Aaaaleluujaa ... dominus. Aaaleluja!«*

»Kaj gremo ven?! Aaa? Gremo že ven?!« slišal se je zvok copat, drsajočih po oddelčnih tleh.

⁵ Reakcija pacientke iz zaprtega oddelka v stanju akutne psihoze na telefonski klic, namenjen določeni pacientki.

⁶ Beseda *diro* oziroma *giro* se uporablja v pogovornem jeziku v primorski regiji, kjer gre za rabo italianizma. V našem primeru bi besedo lahko prevedla kot *narediti še en krog, brezciljno pohajkovati*.

Ko sem skupaj z Nino stopila čez oddelčni prag proti svežemu zraku in soncu, sem se zazrla v medicinsko sestro, ki je še vedno mirnega izraza pogledovala iz seznama proti pacientkam. Bila je navajena na tovrstno kaotičnost.

Z Nino sva se sprehajali po bolnišničnem prostoru, saj v mesto, dokler ni minil sodni rok, ki ga je določilo lokalno sodišče za prisilno hospitalizacijo, ni smela iti niti s spremstvom. Videla sem, da ji je zaradi nemira težko. Tako sva samo hodili v krogu okoli psihiatrične bolnišnice. Pogovarjali sva se, kako je živeti na tako intenzivnem oddelku. Povedala mi je, da so poleg psihičnega nasilja nekatere ženske tod tudi fizično nasilne, tako da moraš biti pri osebnih stikih pazljiv. Nato mi je pripovedovala o pacientki, ki je drugo pacientko ranila po vratu, ko je iz njega vlekla vrvico, na kateri je bil obešen ključ sobne omare. Po agresiji so bile na njenem vratu vidne rdeče lise in odrgnine. S tem je hotela prestrašeni pacientki pokazati, kaj bi ji lahko naredila, če ne bi bila prisebna. Nato ji je svetovala, naj tako ne nosi več ključa.

Na oddelku je deset sob, ponekod so v sobi po štiri, obstaja tudi soba z enojno posteljo. Dosti žensk je tukaj na kupu. Največ obrekovanja poteka ravno v kadih. Zgodi se tudi, da te sfehtajo za cigaret, so ti najprej zahvalne, pol pa ob priliki opravljajo na veliko. No, poglej, ta fant v rdeči vetrovki me je pred mesecem dni grdo poslal nekam, brez da bi mu kaj rekla ali kaj naredila. Pred tem sva se samo pozdravljala in šla drug mimo drugega. Ko je zvedel, zakaj ga ne pozdravljam več, se mi je začel opravičevati in ni mogu verjet, da mi je dejansko rekel take besede. Takšno stanje je tu. Za nič ne moreš bit siguren.

Čas je hitro minil in Nina se je morala vrniti na oddelek. Kmalu bo tema, sem pomislila, ko sem opazovala pročelje bolnišnice. Sobe so imele velika okna, zanimalo me je, kako se odpirajo. Gledala sem, kje bi lahko pristala oseba, ki bi izvršila samomor, zato sem pred odhodom v hostel stopila do prvega dosegljivega okna in ga poskusila odpreti. Ob tem sem obstala in se nerodno nasmehnila, ker so me obsedale takšne misli. Logično. Odpiralo se je na V, tako da tovrstni način smrti, na srečo, ni bil več možen kakor včasih.

Psihiatrična bolnišnica – (imenovala jo bom brez omembe kraja) – je začela delovati leta 1957. V začetku je bil namen nekdanje italijanske vojašnice predvsem psihiatrični azil, ki je bil ločen od mesta tako geografsko kot tudi z ograjo. Njegova okna so bila zamrežena,

bolniki pa so nosili nekakšne uniforme. Ko je iz oddelkov počasi izginjalo nasilje, so sneli varovalne mreže z oken in ograje, kar so nekateri pacienti izkoristili za poslednje usodno dejanje, za samomor (Felc v Felc in Toresini 2010). Kadrovska zasedenost medicinskega kadra je bila na začetku zelo slaba. Delali so le zdravnik in medicinski sestre. Stanje se je nato izboljševalo, saj so tudi s štipendijami spodbujali šolanje za medicinsko sestro in poskrbeli za interna izobraževanja za nižje kadre. V začetku ni bilo organizirane prave psihiatrične terapije (Čuk 1999: 116). Psihiatri so predpisovali redka pomirjevalna sredstva in izvajali zdravljenje z elektrošokom. Leta 1966 postane bolnišnica finančno samostojna in se preimenuje v psihiatrično bolnico. V času, ko so ponekod v svetu razpustili psihiatrične bolnice, se tu pojavi ideja o terapevtski skupnosti, ki pa je zaradi prezasedenosti oddelkov nazadovala (Čuk 1999: 119). Medicinske sestre so se redno udeleževale strokovnih seminarjev, v bolnišnici pa je enkrat na teden potekalo stalno izobraževanje za pripravnike in tudi za ostale zdravstvene delavce. Odmaknjenost mesta in slabe komunikacijske povezave so bili ovira, da bi se v bolnišnici zaposlovalo več osebja iz drugih krajev. Obrobnost psihiatrije v medicini in družbi se je mnoga leta kazala v njenem materialnem položaju (Čuk 1999: 125). Leta 1994 je bolnišnica prvič dosegla, da so se priznali stroški za investicijsko vzdrževanje. Danes deluje v povsem drugačnih razmerah kot pretekla leta. Pravice bolnikov naj bi se upoštevale v vsaki stopnji zdravljenja in samega bivanja v bolnišnici (Čuk 1999: 128-9). Bolnika naj bi se obravnavalo kot socialno bitje, ki mu pomagajo pri resocializaciji in rehabilitaciji. Terapevtska skupnost, ki je zaživela v bolnišnici v sedemdesetih letih, naj bi spremenila vloge vsem zdravstvenim delavcem, ki so bili vključeni v proces zdravljenja, in prav tako pacientom; padla naj bi notranja hierarhija (Čuk 1999: 131).

Po popoldanskem posedanju v eni izmed mestnih kavarn me je poklicala Nina, ki je dejala, da se jutri ne moreva dobiti, ker ima ob 14. uri pogovor s psihologinjo in da ta lahko traja do 15.30. Dejala je, da se je do sedaj o stvareh, ki jo morijo, izpovedala le njej in da ji tovrstni pogovori pomagajo.⁷ Pogovarjali sta se »o vsem«, o življenju v tujini, o potencialnem delu, o izobrazbi, o šolah, o otroštvu in o njej pomembnih osebah. Včasih se je Nini zdelo, da je vse, kar ji govori, brez pomena in da naj psihologinje njena vsebina ne

⁷ Psihologinja je izvajala individualno psihoterapevtsko obravnavo, v kateri je uporabljala elemente suportivne, kognitivno vedenjske in družinske psihoterapije (glej Trpin Katarić 2013: 16).

bi zanimala. Pri psihologinji je opravila tudi psihološke teste – MMPI⁸ in Rorschachov test⁹ ter inteligenčni test. Kljub bolezenskemu stanju jih je rešila baje »zelo dobro«, vsaj tako ji je bilo rečeno. Zmenili sva se, da se naslednjič dobiva kot po navadi.

Med sprehajanjem po mestnih tlakovanih ulicah sem razmišljala o svojem terenskem delu. Nisem vedela, kdaj točno naj bi s celotnim terenom zaključila. Zaupnejše informacije sem dobivala počasi, vendar zanesljivo. Tako je, po moji presoji, tudi z zdravjem napredovala Nina. Odločila sem se, da se konec tedna vrnem domov in počakam na spremembe pri sogovorničinem zdravljenju, saj je bila na čakalnem seznamu za zdravljenje na terapevtskem oddelku. Svojo samozavest sem utrjevala z dejstvom, da sem okvirno splanirala, kar je bilo možno planirati, o ostalem pa se bo videlo sproti.

»Čau! Po novem sem njen hudič.«

»Od koga?«

»Ah, od cimre "aleluja". Si misli, da ji telepatsko govorim določene stvari ...«

»Mora pa biti pestro pri vas.«

»Ja. Včasih je hujše, včasih pa bolj mirno ... Čutim, da ne sodim več tja«, je dejala zamišljeno.

»Kdaj te bodo premestili?«

»Drug teden, na začetku tedna ... V ponedeljek ali v torek.«

»Prej si rekla ... Kam čutiš, da spadaš, Nina?«

(Sledil je premor; op. a.)

To je blo zdaj ful težko vprašanje. Kam sploh spadam? Vse, kar sem in nisem, sploh nima smisla. Vse, kar delam, je to, da vstanem, pozajtrkujem, grem na delavnice, grem na kosilo, nato mogoče k psihologinji, po 15. uri grem lahko ven za 2 x po 30 minut, sledi večerja in spanje. Vmes, seveda, jemljem tablete. Je to smisel dneva? Življenja? Je to moj smisel?

Ostali sva v tišini, vsaka svojih misli.

⁸ MMPI je standardizirani psihometrični test odrasle osebnosti in psihopatologije (osebna komunikacija; op. a.).

⁹ Rorschachov test uporabljajo za diagnostično in prognostično oceno normalne in nenormalne osebnosti (osebna komunikacija; op. a.).

S hospitalizacijo so Nino premestili iz domačega okolja v njej tujo institucijo, kjer je odrezana od njej poznanih vezi, kar je za nekatere odrešitev, za druge pa izgubljena varnost, za katero iščejo nadomestke znotraj institucije. S premestitvijo osebe se torej sproži proces dekontekstualizacije, kjer nekdanji vzorci vedenja niso več v pomoč in v oporo, hkrati pa se v novem okolju psihiatrične bolnišnice pacienti naučijo novih vzorcev vedenja, ki pa naj ne bi ustrezali vzorcem načinov življenja v skupnosti (Lamovec 2006: 173). Poleg tega naj bi institucionalni red s svojo funkcionalno ureditvijo, ki kliče k odnosu odvisnosti, izničil posameznikov občutek za individualnost, samostojnost in nadzor, posledica katerih je izguba identitete in popredmetenje. Vendar vse ni tako črno, kakor se sprva zdi:

Občutek nadzora pri osebah s psihozo je pogosto porušen že zaradi same bolezni, ki človeka ovira v funkcioniranju v njegovem primarnem okolju. Človek se takrat pogosto počuti nerazumljenega tudi s strani okolja, v katerem živi. Red, ki ga nudi institucija, marsikomu daje občutek varnosti in omogoči odmik od stresnih dejavnikov primarnega okolja. Na intenzivnih oddelkih so osebe zagotovo bolj odvisne od osebja. Svoje izkušnje ljudje opišejo zelo različno. Nekateri imajo občutek, da jim je bila odvzeta svoboda. Nekateri so zadovoljni, da so našli zatočišče v varnem okolju. /.../ Intenzivni oddelki lahko vzbudijo zgoraj omenjene občutke [izguba individualnosti, samostojnosti in občutek nadzora; op. a.], običajno pri osebah, ki še nimajo pravega uvida in kritičnosti do bolezni. Kadar se zdravstveno stanje posameznika izboljša, stremimo k temu, da ga čim prej premestimo na odprte oddelke, je dejala psihiatrinja psihoterapevtskega oddelka psihiatrične bolnišnice, dr. V.

Po premoru sem Nino skušala odvrniti od negativnih misli in ji biti v vzpodbudo, da bi bolnišnico lahko videla kot priložnost za postavitev trših psihosocialnih temeljev.

Tina: Pravijo, da je zaprti oddelek primeren za zdravljenje ljudi v akutnem bolezenskem stanju. Morda so pri tebi previdni glede zdravil. Praviš, da so ti jih do sedaj zamenjali, nekatera znižali, druga pa ukinili ... Morda se bojijo, da ne bi spet zapadla v bolezen.

Nina: Vem, ampak kje je smisel vsega tega? Vsi omenjate neko stanje, kot da je to stanje edino in fiksno. Iz minute v minuto se ljudje spreminjamo, odvisno od

konteksta. Jaz se nahajam v večinoma istem kontekstu, ki zame nima globljega smisla ...

Tina: Zaenkrat se moraš predati temu toku ... in iskat oporne točke, ki te bodo naredile močnejšo v vseh pogledih.

Pokadili sva cigaret skoraj v tišini. Zavedala sem se, da je Nina uvidela in občutila tisto drugo plat bolnišnice kot represivne in segregacijske institucije, ki naj bi v skrajnosti povzročala civilno smrt (Goffman 1961: 23-4; Flaker 1998: 23), vendar se ni vdala.

»Človek mora imeti en osrednji, globlji smisel, tisti nekaj, čemur sploh lahko reče smisel. Je to sedaj sploh smiselno, da se o tem pogovarjava?«

»Je,« sem potihoma odvrnila, saj nisem vedela, kaj reči. Imela je prav, saj je stabilnost jaza odvisna od pripadanja nečemu ... Le čemu je kot pacientka sedaj pripadala?

Nadaljevala je:

Zakaj na primer origami ne počnem doma? Origami je dobil svoj smisel tukaj, na delovni terapiji. Delati ga, da mine čas, točno 1 šolska ura. Vendar kaj je izkušnja – delati origami – dala meni? Veš, kaj sem počela? Gledala sem jo in čakala, kaj je imela za povedati. Delala sem origami, natančno korak za korakom, vmes sem nekajkrat pogledala na uro na zidu in pomislila, da bo izdelek za mamo, kar počnejo otroci v osnovni šoli. Kaj je meni dala vrnitev k otroku v sebi? Takoj ti povem. Ta otrok se je naučil, čeprav šlampasto, deskanja po valu žalosti in se začel veseliti dejavnosti, da ga ne bi val stolkel. Tako se je ločil od njega. Skratka otroška jaz se je rešla odrasle mene, ki je v psihiatrični bolnišnici in s problemi. Zakaj na primer na delavnicah ne govorimo o civilnem pravu, ki pride prav vsem ... No, splošno civilno pravo, ki je poučno. Ne samo, da najbrž nekateri ne bi mogli slediti, ampak bi s tem ubili otroka v sebi in se ponovno soočili z valom realnosti ... Origami nima istega smisla doma.

»Val« bolnišnične realnosti je bil za Nino v kontrastu z ugodnim (domačim) okoljem, ki naj bi s svojo varnostjo in z zavetjem učinkovalo na pacienta bolje kot preventivne doze nevroleptikov. Zato je za nekatere razlagalce fenomena »boja za identiteto« (glej Lamovec 2006) posameznikov umik iz domačega okolja nesmiseln in celo škodljiv, saj se s

premestitvijo in s hospitalizacijo vrši psihična izključitev posameznika s težavami v duševnem zdravju. Zaradi pacientovega začasnega umika ga začnejo domači in posamezniku bližnji ljudje doživljati kot tujega in drugačnega, kar je po eni strani razumljivo, saj je z boleznijo družinskega člana celotna družinska struktura doživela spremembo. Pri tem je svojcem v oporo zdravniška diagnoza, saj družina z njeno pomočjo ponovno vzpostavi svojo identiteto. Ta način deluje s poudarkom na sekundarnih spremembah v razpoloženju ali obnašanju, primarni izvor za krizo je izpuščen in neobravnavan, kar naj bi dalo možnost za pojavljanje novih simptomov (Lamovec 2006: 165).

Ob vhodnih vratih, do kamor sem pospremila Nino, se je ponovno slišal prepir in hihitanje iz kadilnice: *»Jaz nisem taka, kot ste ve! Jaz imam raka na hipofizi!«* je meni neznana pacientka dejala vsakič, ko je srečala kakšno izmed ostalih pacientk. Ker je bila njena bolezen somatskega izvora in baje ne duševnega, se je imela za drugačno, superiorno od ostalih pacientk, katere so ji le redkokdaj odgovarjale, kar je ni razlikovalo od drugih *»noric«* z že obrabljenim retoričnim govorom.

»Ti si bolna, jaz ne!«

»Kaj bo že mir!« je dejala ena izmed pacientk, ki je prisostvovala dogajanju.

»Kaj bo že mir?! Hahaha, kaj bo že mir, je rekla!« je ironično komentirala ena izmed prič dogajanja.

II. LIMINALNA ARENA

Sprejem v psihiatrično bolnišnico

Današnji hrup sveta ne daje možnosti, da poslušáš samega sebe.

Nina

Nina se je v psihiatrični bolnišnici zdravila že drugič. Pri dvaindvajsetih letih je zbolela za psihozo in se je zdravila ambulantno, saj je zaradi predsodkov, ki jih je imela do bolnišnice, zavrnila hospitalizacijo. Menila je, da jo antipsihotiki uspavajo, upočasnjujejo in izolirajo od vsakdanjega dogajanja, zato je brez posveta s psihiatrom prekinila z jemanjem zdravil. Kljub temu je nekaj časa kakovostno živela, dokler je ni v življenju doletela težka preizkušnja.

Menim, da je bil dolgotrajni stres povod za bolezen, ki se je tokrat pojavila v hujši in akutnejši obliki. Če se ne bi tako obremenjevala, morda ne bi, kljub morebitni genetski predispoziciji, zbolela za shizofrenijo. Bolezen bi se lahko ponovila le kot ponovna psihotična motnja ali bi ta ostala latentno prisotna v milejši obliki.¹⁰

Tokrat so ji diagnosticirali shizofreniji podobno psihotično motnjo oziroma shizofrenijo, ki je akutne in prehodne narave, kot je pisalo v sklepu lokalnega Okrajnega sodišča.¹¹

Pred njenim odhodom v psihiatrično bolnišnico je na dom prišla zdravnica z lokalnimi reševalci.¹² Zdravnica ji je po njeni privolitvi dala pomirjevalno injekcijo. Ker pa ni želela iti v bolnišnico, ni podpisala dokumentov za sprejem na psihiatrijo. Na zdravljenje so jo po »privolitvi na sprehod« odpeljali z reševalnim avtom. Njen odhod je bil miren. V sprejemni ambulanti je medicinski tehnik vnesel v računalnik njene osebne podatke, tamkajšnja

¹⁰ Genotipske danosti, ki smo jo podedovali, ne moremo spremeniti. Lahko pa okolje vpliva na izražanje (ekspresijo) genov. Vpliv okolja torej ni zanemarljiv (osebna komunikacija s psihiatrinjo V.; op. a.).

¹¹ V skladu z dogovorom s predstojnikom in posredno z direktorjem psihiatrične bolnišnice sem imena bolnišnice, zaposlenih, pacientov in omembo kraja spremenila ali izpustila.

¹² V psihiatrično bolnišnico je njen potencialni pacient lahko sprejet le po mnenju splošnega zdravnika, ki v namen zdravljenja napiše napotnico, v skrajnih primerih pa je lahko pacient sprejet brez nje. Če pacient ne odobrava hospitalizacije, je sprožen ustrezen postopek na sodišču. Bolnišnica obvesti o neprostopoljnem pridržanju osebe sodišče v roku 48 ur po njegovem sprejemu na zaprti oddelek psihiatrične bolnišnice. Obveščanje poteka tako, da bolnišnica pošlje na sodišče poseben »obrazec o pridržanju«, ki obsega podatke o pridržani osebi, o njenem zdravstvenem stanju in kdo jo je pripeljal na zdravljenje, ne vsebuje pa podatkov, kdo je osebo napotil v bolnišnico (osebna komunikacija s psihiatrinjo V.; op. a.). Kot zanimivost: zdravniško potrdilo se pojavi v 18. stoletju kot obvezni dokument za zapiranje duševno bolnih (glej Foucault 1998: 230).

psihiatrinja pa je ponovno ovrednotila njeno psihofizično stanje. Bila je pod vplivom »blodenj«, kratkotrajno pa naj bi izgubila spomin – ni znala povedati, kje živi in koliko je stara, bila je »nezaupljiva«, »pogovoru pa je sledila s težavo«, zato je bila ovrednotena kot »primerna za pridržanje« (osebna komunikacija; op. a.).

Sprejeta je bila na zaprti ženski oddelek bolnišnice, česar se ne spominja veliko.

Na oddelku so mi dali pižamo in brisači ter mi dejali, da bom prve tri dni mojega bivanja nosila le slednjo, da naj bi bila ta praksa značilna za vse nove pacientke.¹³ Na vrata kopalnice in stranišča, ki so bila v bližini moje sobe, so zalepili list z napisom "empirična izolacija". Ta list je bil prilepljen, dokler niso dobili rezultatov mojih izvidov.

Vzeli so ji kri, urin, čez nekaj dni pa so jo napotili na slikanje glave. Nina se ni zdravila prostovoljno. Pred hospitalizacijo je doživljala psihične motnje, o katerih je pisal sodni izvedenec, s katerim se je pogovarjala drugi dan po hospitalizaciji na zaprtem ženskem oddelku:

Njenemu miselnemu toku večkrat ni mogoče slediti. Je pod vplivom nanašalnih in preganjalnih blodenj s prisotnimi fenomeni vplivanja na misli, odtegovanja misli in s fenomeni derealizacije. Je tudi pod vplivom prisluhov /.../ [Bolezen; op. a.] je popolnoma spremenila odnos zadržane do realnosti. Ta živi v svojem, bolezensko namišljenem svetu, ki je zanjo bolj resničen od resničnosti. Temu primerno se tudi vede.

Tako so določili zdravljenje na oddelku pod posebnim nadzorom za čas 6 tednov, kajti druge oblike zdravljenja naj zanjo ne bi bile primerne.^{14, 15}

¹³ Zamenjava civilne obleke z »institucionalno« spada med simbolne in praktične dogodke znotraj institucionalnega življenja (Helman v Nastran Ule 2003: 234).

¹⁴ V skoraj vseh evropskih državah naroči prisilno zdravljenje policija in sodnik. V Italiji, kjer so hitro in učinkovito izpeljali proces dezinstitutionalizacije, je za to zadolžen župan, ker je slednji demokratično izvoljena avtoriteta, ki mora zagotavljati zdravje vseh državljanov. Italijanski zakon pravi, da prisilno zdravljenje ne sme trajati več kot sedem dni. Če pa do tega pride, mora zdravnik ponovno prositi za potrditev zdravljenja župana, ki nato o primeru javi sodniku (Fabijan 2015: 39-40). Oseba, ki doživlja duševno motnjo, je odpeljana v civilno bolnišnico, kjer prevzame skrb zanjo psihiater, s čimer stopi v sistem storitev duševnega zdravja, torej v Centre za duševno zdravje, ambulate in podobno.

¹⁵ *Zakon o zdravstveni dejavnosti* v 49. členu določa, da je osebo mogoče napotiti in sprejeti na zdravljenje v psihiatrično bolnišnico tudi brez njegove privolitve. Pri napotitvi zdravnik lahko zahteva pomoč pristojnih organov za notranje zadeve (*Zakon o spremembah Zakona o zdravstveni dejavnosti*, 15. 2. 2013).

Ko sem Nino vprašala, kaj si je vse mislila, je globoko vzdihnila in se blago nasmehnila.

*Ko sem vstopila v zame novi prostor, sem imela občutek, da mi nekateri ljudje berejo misli ali da ti z menoj komunicirajo telepatsko. Poleg tega so me ti ljudje vizualno spominjali na posameznike, ki sem jih v življenju spoznala, in sem verjela, da so neznanci moji znanci.*¹⁶

Daljšega pogovora ni bila sposobna zdržati, tako da so se med socializacijo pojavljale daljše tišine, razmišljanje je bilo prav tako oteženo, preprosta vprašanja so ji delala težave. Ko je bilo več govorečih ljudi v prostoru, kontekstu sploh ni mogla slediti, saj je bil zanj že dialog naporen. Dejala je, da je pogosto imela občutek o izventelesnosti, kjer so bile meje med *jaz* in *ti* zabrisane.

Temeljna značilnost človekove narave je ravno telesnost, kjer je človek kot telesni subjekt hkrati um in telo. Ontološko gotova oseba se istoveti s svojim telesom in svojo dejavnostjo, ontološko negotova oseba pa se počuti bolj ali manj ločeno od svojega telesa, saj ga ne doživlja kot središče svoje individualnosti (Laing v Lamovec 2006: 114-5). Foucault (2004) kot predpogoj za nadzorovanje navede disciplino, zlasti disciplino telesa, ki je doživela preobrat v 18. stoletju, ko so telo začeli razumevati kot predmet in cilj oblasti. Pojem krotkosti je omogočal, da se telesu, ki se ga analizira, pridruži funkcija manipuliranja. Krotko telo je torej tisto telo, ki je potencialno podredljivo, uporabno, izpodrinjeno in preoblikovano (Foucault 2004: 152-3). Motnje lahko nastanejo, če se preveč ali premalo identificiramo s telesom.

Razume se, da je notranje in zunanje ravnotežje rešitev za vsakršno življenjsko krizo, ki lahko s porušenjem integritete pripelje do duševne motnje. Bolezen pomeni spremembo v telesu – v celicah in v tkivih telesa, ki se jo da določiti z uporabo medicinske tehnologije. Szazs (v Lamovec 2006: 20) meni, da »diagnoza 'duševne bolezni' vključuje presojo, ki temelji na primerjavi idej, pojmov in prepričanj opazovane osebe z idejami in prepričanji

¹⁶ Tu gre za tako imenovani *sindrom misidentifikacije*, ko je bolnik prepričan, da je nekdo od njegovih bližnjih zamenjan s tujcem in obratno, ko je tujec zamenjan za njegovega znanca (Žmitek 2015: 92). O podobnih in nadvse nevsakdanjih misidentifikacijah pacientov piše nevrolog in antropolog Oliver Sacks (1995; 2009). Njegovi pacienti so opisovali halucinacije in popačene ter omejene čutne zaznave, ki so jih sprožale bolezni oziroma okvare možganov. Njihovi simptomi so do določene stopnje podobni psihotični simptomatiki, pri katerih pa psihotični pacient izgubi situacijski uvid, ki ga posameznik z okvaro možganov obdrži. Zato psihotični bolnik razume blodnje, z razliko od halucinogenih pacientov z okvaro možganov, kot realne.

opazovalca in družbe, v kateri živita.« Pri duševni bolezni gre torej za družbene in etične razsežnosti, ki jih medicinski žargon prefinjeno zakamuflira. Znanost tako upravlja družbeni nadzor, kjer je bolezen enačena z odklonom od norme, katerih vsebina se spreminja glede na čas in prostor ter pod okriljem trenutne oblasti.

Za nekatere paciente je tedensko analiziranje duševnih stanj zoprno, vendar je pri duševnih bolnikih ključnega pomena, saj psihiatrija nima laboratorijskih označevalcev, z izjemo demence, specifičnih slikanj ali drugih preiskav, ki bi pomagale pri diagnozi. Kljub temu pa pri opisu in določanju duševnega stanja posameznika pomagajo psihološka in nevropsihološka testiranja, slikovne preiskave in laboratorijski testi (Korel Plesničar 2011; povzeto po Bošnjak 2011). Pri tem se pojavlja vprašanje, ali psihiatrija dejansko gleda na človeka kot na celoto, telesno in psihično, ali je tovrstno obravnavanje zgolj apologetsko, tako, da posnema metode biomedicinske prakse, ki dajejo psihiatriji videz znanstvenosti?

V medicini je z razvojem subspecializacij velikokrat posameznik obravnavan parcialno, vsak zdravnik pogleda le svoj del, pravi psihiatrinja V.

Menim, da je psihiatrija najbolj celostna veja medicine. Psihiatrija se posveča predvsem delovanju centralnega živčnega sistema, ki se odraža tako na področju mišljenja, vedenja in telesnega počutja posameznika. Centralni živčni sistem je kot računalnik, ki sprejema informacije iz telesa in iz okolja, jih procesira in se nanje odzove.

Vzroki duševnih motenj so lahko biološke narave (porušeno nevrottransmittersko ravnoesje v CŽS, genetska dispozicija ...), psihološke narave (obrambni mehanizmi posameznika, osebnostna struktura ...) in socialne narave (zaposlitveni status, partnerstvo, odnosi s pomembnimi bližnjimi ...).

Videz znanstvenosti naj bi psihiatriji dajali tudi nevroleptiki, ki se uporabljajo za uravnavanje vzburjenja pri psihozah, tako da zavirajo delovanje nevrottransmitterjev. Osebam, ki dalj časa jemljejo tovrstna zdravila, se poveča število mest, kjer se izloča nevrottransmitter dopamin. Po tem sklepamo, da postane oseba, ki jemlje nevroleptike, še bolj nagnjena k razvoju psihoze (Lamovec 2006: 62), zato tudi ne preseneča, da je med

bolniki, ki poleg pozitivnih in negativnih simptomov doživljajo psihosocialne probleme in težave socioekonomske narave, veliko povratnikov. Z nevroleptiki je mogoče le ublažiti moteče pojave krize, vendar naj ti seveda problema ne bi rešili, saj se po hospitalizaciji pacienti vrnejo v okolje z enakimi akterji in stresorji ter tam, kjer je kriza nastala.

Nevroleptiki so se pač v praksi izkazali za učinkovito zdravilo pri zdravljenju simptomov psihoze. Z razvojem farmacevtske, kemijske in medicinske znanosti imamo na voljo več različnih nevroleptikov, ki na različne načine vplivajo na dopaminske poti v možganih. Pri zdravljenju skušamo izbrati nevroleptik, ki osebi prinese olajšanje simptomov psihoze in ima čim manj neželenih učinkov. Običajno so odmerki nevroleptika v akutni fazi bolezni višji od odmerkov, ki jih oseba prejema pozneje, ko akutna faza mine.

Običajno osebi svetujemo dolgotrajno preventivno zdravljenje z nizkim odmerkom nevroleptika, ker imamo v praksi izkušnje, da je psihoza bolezen, ki se po opustitvi nevroleptika prej ali slej ponovi. Psihoze so različne in zato je tudi pristop k zdravljenju različen. Vzroki psihoze so prav tako različni in temu prilagojen je tudi način zdravljenja. Z zdravili (nevroleptiki so le ena od njih) lahko hitro in učinkovito pristopimo k zdravljenju duševnih motenj in vplivamo na okrepitev biološkega stebra duševnega zdravja. Ker pa so vzroki za dekompenzacijo pogosto prepleteni in zajemajo tudi psihološki in socialni krog, velikokrat ne zadostuje zgolj zdravljenje z zdravili. Psihološki in psihoterapevtski pristop je običajno dolgotrajen, ne deluje takoj. Socialne stiske (nezaposlenost, revščina, porušeni odnosi v družini ...) lahko dodatno poslabšajo potek duševne motnje in razreševanje teh vzrokov gre po nemedikamentozni poti. Običajno je pristop k zdravljenju vsaj na našem oddelku multidisciplinaren, to pomeni sodelovanje različnih strokovnjakov iz različnih področij. Poznamo več različnih psihoterapevtskih pristopov, ki jih uporabljamo glede na potrebe posameznika. Običajno kombiniramo več različnih tehnik in pristopov, pravi dr. V.

Nad psihoterapevtskimi tehnikami in pristopi pacienti niso preveč navdušeni, saj se na psihoterapijah skupaj s psihologinjama ali s psihiatrinjama psihoterapevtskega oddelka ti ukvarjajo z zavestnimi in s podzavestnimi bolečinami, kar je za nekatere udeležence procesa težko. To je povsem razumljivo, saj uporabljene tehnike sprožajo pristno izražanje

in občutenje potlačenih emocij in misli, ki so jih bili pacienti navajeni zamolčati. »Jah, to je velika molitev«, je dejal Davidov prijatelj o psihoterapevtski skupnosti oddelka S4.

»Veliko izpovedovanje« lahko traja pri enem pacientu tudi po celo uro. Ko čuješ, kaj majo vse ljudje ... kaj so doživeli ... se ti zdi, da problemov nimaš ... da opravljava sosedu, ki jo pošiljaš nekam, neplačane položnice, sleparije v poslu in take stvari niso več problem ... Ja, take mamo,

je dejal Matjaž, ki o konkretnjših vsebinah psihoterapevtskih srečanj ni želel govoriti. »Spoštujem sopaciente in se držim tega, kar sem podpisal.« Matjaž je s tem mislil povedati, da se drži pisnega soglašanja z oddelčnim redom in da upošteva pogodbeno razmerje o načinih zdravljenja na psihoterapevtskem oddelku, kjer je eden izmed pogojev pristopa ta, da se o dogajanjih na oddelku izven oddelka ne govori.

Ženski zaprti oddelek

V nekem živalskem vrtu so živali kljub naravnemu okolju počasi prenehale peti, se gibati in pariti. Nato se je lastnik taistega živalskega vrta domislil zvijače. Hrano, ki so jim jo prej redno prinašali na določeno mesto, je začel skrivati – ptičem jo je polagal v drevesne razpoke, medvedom pa je metal žive ribe v ribnik, da so jih morali sami loviti. In živali so spet začele veselo peti, skakati okrog in se razmnoževati. Očitno niti živali ne morejo ohraniti 'duševnega zdravja' v brezdelni pasivnosti, kaj šele ljudje ... (Lamovec 2006: 177-8).

V psihiatrični bolnišnici so posameznikove dejavnosti in čas strukturirani, ciklični in natančno določeni. Ninini dnevi so bili rutinski. Začeli so se s pospravljanjem postelje, z urejanjem, sledila je skupinska telovadba v prostorih jedilnice, nato zajtrk, po njem pa so se pacientke odpravile v stavbo, kjer so potekale aktivacijske terapije. Nina se je v dopoldanskem času redno udeleževala delavnic, ker je pač morala, popoldne pa ustvarjanja in fitnesa načeloma ni bilo, tako da si je krajšala čas z branjem knjig. Dejala je, da so nekatere delavnice zasnovane na primeru likovnega pouka ter da so bile pomembne toliko, kolikor so zapolnjevale prosti čas. Drugega učinka kot stimulacije individualne kreativnosti in vadbe osredotočanja (na ročne spretnosti) pa naj ne bi imele.

Na oddelku je Nina pričela z medikamentozno terapijo:

Doze zdravil so mi na začetku zniževali skoraj vsak teden. Podatke o vplivih zdravil so dobivali preko pogovora, ki je potekal med pacienti in našimi psihiatri v času dnevne vizite. Ti so trajali povprečno deset minut.¹⁷ Prvi teden nisem imela izhodov, ker je bila moja bolezen v akutni fazi. Nekaj dni sem se čutila, kot da ne bi vedela zase, preganjal me je tudi neukrotljivi nemir, ki so mi ga blažili s pomirjevali. To stanje so izkoristile nekatere sopicientke, ki so me nalašč mešale z nekaterimi podatki. Govorile so mi, da so me prvi dan, ko sem bila v bolnišnici, vezali, ker sem bila toliko nemirna, ter da naj bi se slekla v jedilnici. Ker mi je bilo zaradi tovrstnih informacij hudo, sem o tem povprašala sestre, ki so dnevno beležile naše stanje in obnašanje. V zapiskih tovrstnih informacij ni bilo.

Nina mi je pripovedovala, da se je na zaprtem oddelku počutila »ujeto«, saj so bili njeni izhodi omejeni. Dovoljeno ji je bilo iti do kavomata v spremstvu sester in sopicientk, česar se je veselila, saj prave kave na oddelku niso imeli. Kasneje so ji dovolili 20-minutne samoizhode, po mesecu dni so ji po njeni prošnji podaljšali in pomnožili izhode, tako da se je lahko sprehajala po bolnišničnem teritoriju štirikrat dnevno po pol ure. S tem je bila zadovoljna, saj si je na ta način, poleg dolgotrajne hoje po oddelčnem hodniku, blažila nemir, ki so ji ga stopnjevale tablete in njena trenutna življenjska situacija.

Tako nemirne se nisem počutila nikoli. Pacienti drugih oddelkov so me poznali kot dekle, ki neprestano kroži okoli bolnice. Na mestu nisem mogla stati pri miru niti minute, podobne težave sem imela pred spanjem, vendar so mi pri tem pomagali s predpisanim apaurinom.

Med vikendom je dobivala obiske, čeprav so bili ti dovoljeni vsak dan. Obiskovala jo je mama, katero so z njeno privolitvijo sprotno obveščali o njenem zdravstvenem stanju.

Mama je dejala, da sem bila včasih videti preveč vesela ter se je spraševala, če se sploh zavedam, kje sem. Ne vem, morda bi bilo bolje, da bi jokala.

Ninino zdravljenje je iz dneva v dan napredovalo, pestila pa jo je življenjska problematika, o kateri je največ govorila s psihologinjo in s tamkajšnjo socialno delavko, kjer so se stvari začele reševati. Z zdravnico se je o tem pogovarjala manj, saj je menila, da socialne stiske

¹⁷ Zdravniški pregled »predstavlja neko vrsto obreda, ki služi za zavarovanje bolnikovega strinjanja s posebno množico vrednot, norm in prepričanj o telesu in zdravju« (Helman v Nastran Ule 2003: 234). To se doseže tudi s pomočjo simbolov zdravniškega odnosa, kot je na primer zdravnikova bela halja, medicinske knjige, predmeti v ordinaciji, medicinska postelja itd.

ne spadajo pod njeno pristojnost. Pravi, da je princip psihiatričnega zdravljenja zasnovan holistično, saj je oddelkom na razpolago tudi internist, za druge morebitne težave so možni organizirani pregledi v lokalnem zdravstvenem domu ali v splošni bolnišnici.

Za zagotavljanje njenih pravic kot pacientke na zaprtem oddelku je sama poklicala zagovornico pacientovih pravic, s katero sta se pogovarjali o načinih zdravljenja v psihiatrični bolnišnici ter o njenem načinu življenja pred hospitalizacijo. Poleg zagovornice, ki je enkrat tedensko hodila k nekaterim pacientom na zaprtih oddelkih – na moški in ženski oddelek, je na pobudo tamkajšnje socialne delavke prišla koordinatorka v skupnosti, katera jo je obiskovala mesečno. Beležila je njene napredke glede izražene socialne problematike. Nina je dejala, da so tovrstni obiski preventivni in socialni, saj pripomorejo k »*padcu blokad*«, h govoru o osebnih stiskah. O vsebinah pogovorov lahko seveda odločaš sam, vendar je po njenem mnenju smotrno govoriti o težavah, saj socialne delavke vedo, kateri birokratski postopki lahko pripomorejo k izboljšanju posamezne situacije. Nino so pestili dolgovi, katere ji je pomagala odpraviti mama, saj je bila takrat nezaposlena. Dolgovi so bili zanjo breme, saj ni imela finančnih sredstev, da bi se jih lahko rešila sama, poleg tega pa je občutila sram, saj so ti nastali manipulativno in iz koristoljubja osebe, kateri je zaupala.

Po mesecu in pol zdravljenja na zaprtem oddelku je bila Nina premeščena na terapijski oddelek, ki je za druge paciente psihiatrične bolnišnice zavil v nekakšen misticizem. O tamkajšnjih pacientih so pacienti drugih oddelkov govorili, da so »*pametni*« in da živijo v '*nekakšnem hotelu*'. Uradno se na psihoterapevtskem oddelku zdravijo ljudje, ki imajo še potenciala, da se lahko rehabilitirajo. Drži pa to, da so vsi pacienti podpisali '*pogodbo o molčečnosti*', tj. privolitev v zdravljenje, kjer je eden izmed pogojev sprejetja na oddelek pogoj, da se o dogajanjih na oddelku zunaj oddelka ne govori.

Tako se je za Nino začel privilegij obreda prehoda znotraj institucije, saj je bila premeščena na boljši oddelek z intenzivnejšimi psihoterapijami.

Privilegij terapijskega oddelka je ta, da se s teboj ukvarjajo terapevti in psihologi skupaj s psihiatri. Tega je na drugih oddelkih veliko manj, poleg tega imamo tudi

terapevtske in psihoterapevtske dejavnosti, kjer izražamo svoja mnenja, razmišljanja, stiske in želje.

Liminalne identitete psihoterapevtskega oddelka¹⁸

Nedelja, 8. 11. 2015

Nosila me je na robu oči, kjer sta se mešala spomin in sedanost. Moj pogled je bil usmerjen k obzorju, k nekemu danes, ki se bliža nekemu jutri, kamor beži dim češnjevega tobaka. Med nama je nastopila tišina, ki jo je potrla praznina. Pusti me, da berem znake na nebu, ki jih nihče ni bral ... Molila bom, čeprav ne vem, kako. Prosila ga bom v tišini kapelice, da se rešim besed in njihovega okusa na koži. Vse odvečno se izgublja v telesu, kjer pleše do nemira in besa, ki se konča na robu tvojega pogleda, a zame se šele začne šivati obleka po meri. Ne boj se, v meni je le ples gostote vseh besed. Pleši z menoj, pleši s pogledom od neba do obzorja. In jutri nazaj tam, kjer češnje cvetijo v temi noči ... Hladen vetrič naju je streznil. Čas je za odhod na oddelek.¹⁹

Nina

Svojo pisano beležko s trdimi platnicami je Nina nosila povsod s seboj, ko je želela biti sama. V njej je zapisanih veliko orisov občutij, ki jih preživlja oseba v takšni in drugačni totalni instituciji. V kratkih črticah se vrstijo orisi in opisi obupa, nemira, žalosti, neučakanosti, marginalizacije, segregacije, stigmatizacije, anonimnosti, navihanosti, veselja in podobnih občutkov. Pri Nini je prevladoval občutek človeka, ki konstantno »hodi ob meji«, premlewa svoja dejanja in občutke ter se sprašuje, kdaj bo nastopil »tisti ta pravi jutri«, ki se ga hkrati prestraši. Neučakano je štela dneve do odpusta iz zaprtega oddelka, takrat pa ni vedela, da jo čaka še zdravljenje na psihoterapevtskem oddelku, kar je bilo zanj prej breme kot odrešitev, saj se je želela vrniti na fakulteto.

¹⁸ Psihoterapevtski oddelek je odprti oddelek mešanega tipa. V oddelčno terapevtsko obravnavo so vključeni pacienti, ki ne potrebujejo celodnevne bolnišnične oskrbe in so torej vključeni v program dnevne hospitalizacije, ter hospitalizirani pacienti, ki so ponavadi premeščeni iz S2 in S3 (zaprtih in odprtih) oddelkov bolnišnice (osebna komunikacija; op. a.).

¹⁹ Dnevniški zapis sogovornice Nine je nastal pred njeno premestitvijo iz zaprtega oddelka na psihoterapevtski oddelek, na dan, ko jo je v bolnišnici ponovno obiskala mama. Pisanje dnevnika, ki omogoča dialog med samim seboj, naj bi pomagalo rešiti vprašanja, povezana z identiteto. Pričevanja bolnikov naj bi imela tudi za bralce objavljenih dnevnikov terapevtsko vlogo (glej Adam in Herzlich 2002: 66). Podobno je z dnevniki, ki jih pišemo antropologi na terenu, s katerim lahko bolje interpretiramo terenske zapiske. V dnevniku je pogosta tematika piscev ravno liminalnost, saj se raziskovalci na terenu najdemo v bolj ali manj nepoznanem svetu, ki je umeščen med »nami« in »drugimi« (Glavič in Skale 2006: 57).

»Pridi, greva na postajo,« je dejala, potem ko mi je razkazala prostore psihoterapevtskega oddelka (S4). Ura je bila okoli 14., kar je pomenilo, da je kava na oddelku že skuhana. Natočili sva si jo v plastične kozarčke, saj je bilo spodobneje iti z njimi iz oddelka kot pa s skodelico v roki ali nekaj takega. Še vedno sem razmišljala o postaji.

»Misliš na avtobusno postajo, Nina?«

Planila je v smeh: »Misliš, da bi šla z lončkom kofeta kar peš do mesta? Si že nalezeno utrgana?«

(Smeh; op. a.) »Kaj pa beležka? Jo boš pustila tu?«

»Dol gremo ... in ne bomo same. Ne rabim je zdaj,« je dejala s pomirjajočim glasom.

Beležko je zaklenila v svojo omaro, ključke pa je vzela s seboj. Kljub temu da se je na oddelku počutila varno pred vdori v zasebnost in krajami, je beležko zaklenila, prenosni računalnik pa je ostal na mizi v njeni sobi. Imela je eno izmed sob, kjer so bile enojne postelje. Dali so ji jo, ker je zaprosila za večjo intimnost, saj se je v času zdravljenja učila za izpite.

Na »postaji«, to je prostor pred vhodom na vse tri oddelke odprtega tipa v stavbi, so na klopcih posedali pacienti, kadili so in se pogovarjali. Nina je pozdravila nekatere izmed njih, pridružila pa se je svojim prijateljem iz oddelka S4, katere mi je tudi predstavila, takoj ko je povedala o dogodku s postaje. Nasmejali so se.

»Počakaj, da pride Mujo, ta te popelje v višave.«

»In res pelje,« je dejal David.

Spet nisem razumela, hecali so me in mi dejali, da sem izpadla nevljudna, saj je Mujo že prišel, mojega pozdrava pa ni bilo od nikoder. In Mujo je dejansko peljal vse paciente, kamor so ti želeli, vendar v omejenem številu na S2, S3, S4 ali v pritličje.

»Ta bo naša, jima ksno paljenje, ma bo,« je rekel Matjaž.

Pacienti iz S4 so me čez čas sprejeli medse, kljub temu da sem jih neprestano nekaj spraševala, jim sledila in morda drezala vanje. Moto majhne skupinice je bil »eno misli, drugo delaj, tretje govori.« S tem so se zaščitili pred radovedneži iz drugih oddelkov pa

tudi pred nekaterimi sopacienti, ki so tu pa tam vlekli ušesa v zasebne stvari. O njih se niso niti pred mano pogovarjali, dokler me niso bolje spoznali in mi zaupali.

»Ah, kadilci!« je bilo slišati pred ropotom, ki so jih povzročala vrata za glavnim vhodom. Bila je dr. K., ki je pacientom *»jemala vse pravice«*, ki naj bi jih človek posedoval, med njimi zlasti svobodo govora in svobodo izražanja. *»Ko sem prišel iz S3 na S4, so me vprašali, kdo za vraga mi je predpisal neke tablete. Ko sem povedal, so se obnašali, kot da bi blo to od nje za pričakovat.«*

»Pa sej deluje v redu dohtarca.«

»Ja! Kr domov si jo pelji! Tudi ona je včasih kadila, veš? Zdaj pa si je še eno našla za kontra dajat.«

»Jaz sem se nauču, da je boljše, če za vsako stvar, ki jo reče, samo kimam, tablete pa se množijo. Rekla mi je, da postajam ko Bine, ki ma sindrom hospitalizacije.«

»K. živi tukaj. Tudi do pozne noči dela v pisarni ... Tolko ji je zlezu ta prostor pod kožo ko nam. Alergična je na vse nas, na paciente,« nas je nasmejal Matjaž.

Preden sem se odpravila nazaj v hostel, kjer sem bila za nekaj dni ponovno nastanjena, sem se sestala z Nino, ki je ravno prispela iz skupinskega sprehoda. *»Danes smo bili kratki,«* je dejala, *»nikomur se ni dalo.«* Prižgali sva si cigareti in se malo pogovarjali. Zanimalo me je, kaj misli s tem, ko se opiše kot *'dekle na robu'*, od kod ta občutek mejnosti.

Nina: Nikoli se nisem čutla res del nečesa. Nisem razvila močnih občutkov pripadnosti in s tem tudi identitete ne. Vse, kar sem počela, sem počela individualno in sama, z zelo malo podpore in z zelo malo pohval s strani moje družine. Bili so redkobesedni in doma in zunaj. Tako sem odraščala kot resen in introvertiran otrok z izredno senzibilnostjo in občutljivostjo. Ne vem, kakšna bi bila, če bi bile okoliščine različne. Morda bi še igrala klavir in nastopala ...

Tina: Hoditi »po robu« mora biti tudi težko, ne?

Nina: Mhm, načini delovanja in mišljenja nekaterih ljudi so tisti, ki bolijo. Bolijo pa še bolj, ko si v takem položaju, kot je življenje v bolnišnici. Sej tukaj ni slabo, na terapevtskem, hudo je bilo na zaprtem oddelku. Ne vem, taki občutki se porajajo v

zaprtem prostoru ... kot da bi želel oditi, a hkrati nekako veš, da je dobro ostati ali pa te v to logiko prepričajo. Vendar, da si tolko časa pod ključem ... to je težko. Hkrati zasovražiš prostor in ko to izrečeš, se mu začneš prilagajati. Tako preživiš težke trenutke, da se delno prilagodiš in daš priložnost sebi, da se znajdeš v taki situaciji. Za to potrebuješ primerno stopnjo distance in dosti podpore.

Ko sem se neko nedeljo ustavila v trafiki, sem v *Nedelu* zasledila članek, ki je govoril o pridnosti kot o sindromu. Slednji se pojavi kot posledica vzgoje, kjer otroci odraščajo z vzbujanjem občutkov krivde, s podrejanjem in s konstantno pozornostjo na to, kaj si o njih mislijo drugi. Ti se prilagajajo zahtevam odraslih, s tem da potlačijo svoje lastne občutke, kar lahko v adolescenci privede do izkoriščanj in zlorab, saj so se »otroci brez meja« navadili, da živijo življenje drugega (Krajnc v Fabjan 2016: 16).

Želela sem si le, da bi me mama sprejela takšno, kot sem. Namesto tega mi je govorila, da sem si vedno želela bit nekaj posebnega. Na besedo pridna sem postala alergična,

je dejala Ana, ki je mnenja, da je vedno počela to, kar je zanjo želela mama in ne to, kar si je želela sama. Tako se je vpisala na fakulteto, ki jo je predlagala ona, čeprav sama ni želela študirati, saj je že kot otrok razvila odpor do selitev, ki so bile v družini pogoste in v primeru študija »nujno zlo«.

Priznala je, da je do staršev gojila jezo, ker naj je ne bi bili sposobni ljubiti brezpogojno. Zato naj bi se tudi razvila močna želja po pripadnosti nečemu ali nekomu. Ana se je zdravila zaradi depresije, ki se je pojavila v hujši obliki takrat, ko je izvedela, da je zbolela za rakom. Sama je prepričana, da se je bolezen pojavila že veliko prej, ko se je končalo njeno dolgoletno razmerje. Takrat se je odločila, da poišče pomoč pri psihologu, ki ji je predpisal pomirjevala. Takratna terapija ni odobrila sadov, saj naj bi ji bolj kot pomirjevala pomagal odkrit pogovor, do katerega pa ni prišlo. V psihiatrično bolnišnico je prišla prostovoljno, saj si ni znala več pomagati sama. Že več let ni spala, tako da se je fizično in psihično popolnoma izčrpala. Tokrat je do zdravljenja bolj zaupljiva, žal ji je le, da v bolnišnico ni prišla prej, saj naj bi si s tem prihranila »mnogo gorja«, ki ga je zaradi bolezni doživela.

O vsebini članka v *Nedelu*, z naslovom *Diagnoza: pridna!: O pretirani pridnosti, od katere lahko postane odvisen tudi občutek lastne vrednosti*. – Niti moški niso izjeme, sem razmišljala kar nekaj dni in vedela sem, da bo prej ali slej postal predmet debate med mano in nekaterimi pacienti. Tako smo nekega popoldneva sedeli »na postaji«, ki je med pacienti postala priljubljeno zbirališče takšnih in drugačnih zgodb. Ogromno se je kadilo in se pogovarjalo na nevsakdanji način. Tako sem izvedela, da tam čakajo na pamet, kličejo Mujota, govorijo o pokvarjenih tuših, o novi Ajdi in podobno. Če je nekdo videl iti pamet mimo trikrat, je to pomenilo, da je pokadil že tri cigarete. Če je kdo poklical Mujota, je pomenilo, da je pritisnil gumb za dvigalo. Pokvarjeni tuši so pomenili, da se kdo trenutno ne briga za osebno higieno, nova Ajda pa je označevala *'preračunljive nimfomanke'*. Tako so bili pogovori cenzurirani, varni in zabavni. Ugotovila sem, da je sindrom pridna prisoten bolj ali manj pri vseh šestih sogovornikih, s katerimi sem se zapletla v pogovor. Moški, ženske in dekleta so trpeli za nizko samopodobo ter so podlegli prepričanju, da se nimajo pravice postaviti zase in postaviti osebnih meja. Vsi so na nek način, kot so dejali, trpeli za *»eksistencialno stisko«*. Poleg tega *»biti priden otrok«* so se mi zdeli pacienti psihoterapevtskega oddelka zelo občutljivi posamezniki, ki jih vsaka negativna stvar lahko iztira, zato potrebujejo za zaščito hipersenzibilnosti obrambne mehanizme, kot so zadirčnost, jezikavost, umik in podobna dejanja. Umik je za nekatere pomenil umik v od realnosti privlačnejši fantazijski svet, ki ga je bilo težko sprejeti, imel pa je svojo logiko, kot sem odkrila pri Andreju, ki so ga zaradi alternativnih pogledov na svet preimenovali v Marsovca.

Andrej je človek mnogih idej, za katere pravi, da ne ve, od kod prihajajo. So del njegovih *»čudežnih doživetij«*. Verjame, da se bolezen človeku zgodi kot posledica neke storjene napake. Sam je vedel, da ni storil nič narobe, zato je bil optimističen glede ozdravitve od manije, ki je ni dojemal kot bolezen.

Začel sem poslušati svoje telo in se prilagajati temu, kar je telo rabilo. Organizem za svoje funkcioniranje ne potrebuje vseh organov, zato sem mnenja, da smo nizko razvita bitja, ki se po smrti reinkarniramo v višjo vrsto.

S tovrstnimi prepričanji živi že dve leti. Vse znanje, iz katerega črpa, pa usmerja v zdravljenje sebe. Verjame, da čisto telo lahko živi večno, če pa že večno ne, pa dlje časa.

Proces samoozdravitve poteka tudi tako, da meditira. Takrat si predstavlja, da vsi strupi tečejo iz njegove glave v telo, nato iz nog proti zemlji. Tako je zaključen tok prečiščevanja in se začne krog zdravljenja. Kljub samosvojim »new age« pogledom na zdravljenje je do psihiatrije pozitivno naravnani, saj zanjo meni, da je najvišja institucija v državi, ki mu lahko pomaga, do ostale biomedicinske prakse pa je skeptičen, saj ga je ta večkrat razočarala, ko se je zdravil za multiplo sklerozo.

»Andrej nalaga naša bremena v voz in jih raztovori tam preko.« (David je pokazal na nebo; op. a.)

»Da, se želiš pogovarjati o tem?« je potrdil Andrej.

»Mmmm ... Dovolj je blo za danes. Smo meli veliko molitev.« (Tj. skupinsko psihoterapijo; op. a.)

»Škoda,« je dejal Andrej in mirno gledal predse.

»Lahko pa se jaz pogovarjam s teboj,« sem pogumno in radovedno dejala.

Andrej je mnenja, da je bil kot otrok zelo inteligenčen, ko pa se je začel šolati, naj bi postajal vse bolj neumen, saj naj bi s šolanjem za elektrotehniko izgubil vse ideje. Zdravila za multiplo sklerozo naj ne bi jemal že dva meseca, odkar je prišel v psihiatrično bolnišnico, kjer so mu diagnosticirali manijo. Do splošne medicine je kritičen. Med zdravljenjem za multiplo sklerozo se je počutil kot številka. Sprijaznil se je s tem, da medicina zanj nima ustreznega zdravila, lahko mu le manjša simptome, ne trudijo pa se pri iskanju vzrokov bolezni preko pogovora. Psihiatrija predstavlja zanj *»vrh ledene gore«*.

Psihiatri obravnavajo vsakega posameznika posebej, kar je osnova zdravljenja.

Človek se lahko pozdravi s pogovorom, saj ima vsaka bolezen svojo inteligenco in ko odkriješ svoje napake, lahko razumeš, zakaj si zbolel.

Na diagnosticirano manijo ne gleda negativno. Prepričan je, da mu prinaša več prednosti, zato je ta zanj pozitivna bolezen, ki naj dejansko sploh ne bi bila bolezen. Obravnava jo kot stranski produkt svoje bolezni, multiple skleroze, za katero meni, da se ne bo več povrnila. Njegov samonadzor mu pove, ali je telo bolno ali ne. Pri iskanju odgovorov v energiji duše si pomaga z nihalom in merilno lestvico, kjer število 10 predstavlja najbolj pozitiven odgovor. Za medicino naj bi odkril, da mu je ta uničevala telo z zdravili, saj naj bi se

bolezen z njimi slabšala, ker je telo razvijalo protitelesa in druge nezaželene stranske učinke. Ko je prenehal z jemanjem zdravil, naj bi telo »dobilo na moči«. Za telesom oziroma paralelno z njegovim zdravljenjem je sledilo zdravljenje psihe, za kar meni, da je na pravem mestu.

Po srečanju z mojimi sogovorniki sem se namenila proti kavomatu in se nato odpočila na eni izmed bolnišničnih klopi, kjer sem v mislih razvrščala in si nato zapisala informacije o psihoterapevtskem oddelku. Sestre so mi povedale, da je psihoterapevtski oddelek mešani oddelek bolnišnice, kjer so pacienti vključeni v terapevtsko obravnavo. Ti se za vikende ali dnevno (mišljeni so pacienti iz programa dnevne hospitalizacije) vračajo v domače okolje, kjer vadijo in utrjujejo naučene strategije in tehnike za obvladovanje emocionalnih in konfliktnih kontekstov. Na oddelku potekajo tudi individualne in skupinske psihoterapije, kjer pridejo do izraza analitsko usmerjena psihoterapija po Foulksu, dinamska, vedenjsko kognitivna psihoterapija in integrativna psihoterapija. Poleg skupinske in individualne psihoterapije se na psihoterapevtskem oddelku odvijajo medikamentozna terapija, aktivacijske dejavnosti in učenje relaksacijskih tehnik (Menard 2013: 19-20).²⁰

»Čau,« je rekel moški glas za menoj. »V kaj verjameš?«

»... V nič ... Pa ti?«

»Hm. Zgledaš kot vampirka, ki ji je zmanjkalo krvi.«

»Kot kaj?«

»Kot da je ena črna luknja pod tabo, ki te usrkava.«

»Ja, mislim na nekaj.«

»Sej tukaj je dosti ljudi, ker si nekaj mislijo. Kaj misliš ti?«

Tako sem po naključju spoznala Matijo oziroma Stripa, kot so ga poimenovali v psihiatrični bolnišnici. Imel je težave z brzdanjem svoje narave, ki je težila k ekscesom. Zelo rad je preizkušal meje in moč oblasti. Spomnil se je, da bi lahko bobnal v cerkvi, ker ta amplificira zvok, zato je tam postavil bobne in pričel z igranjem. Po prihodu policije so se njegovi domači odločili, da ga pošljejo na zdravljenje, kar se je zgodilo že večkrat, kot takrat, ko je želel z motorjem skočiti iz vrha hriba v morje. Pogovarjala sva se in se sprehajala po parku in okoli bolnišnice. Povedal mi je, kako ga je vedeževalka poslala

²⁰ Pacienti psihoterapevtskega oddelka so razdeljeni v dve skupini, ki sta deležni različne psihoterapevtske obravnave. Prva skupina, ki je namenjena psihiatrični populaciji, je manj zahtevna kot druga skupina, v kateri so večinoma pacienti z nevrotskimi motnjami in z mejnimi stanji.

stran, njej pa je zabrusil, da mu ne ve, kaj povedati, ker ne more ničesar razbrati z njegovega obraza. Pogovarjala sva se o tematiki vraževerja, na kar mi je potrdil, da je »ogromno« ljudi tukaj tudi zaradi tega, ker so jim vedeževalci »obrnili pamet«. Bil je tik pred odpustom in mi je namrščeno obljubil, da se bo poskušal kontrolirati, kar ga je spravljalo v smeh. Pomislila sem na skrbi, ki jih povzroča svojim domačim, in me je nasmešek minil. Do danes nisem slišala, da bi kdo bobnal v cerkvi ali delal akrobacije z motokrosom. Upam, da se je posvetil kakšnemu novemu hobiju.

Po nekaj tednih sem se ponovno pojavila v bolnišnici, kjer so se že širile govorice o meni.

»Dober dan,« sem odvrnila v pozdrav neznanima pacientoma na postaji.

»Dan ...,« je ravnodušno odvrnil moški v pozdrav.

»Tiho, Doro! Ta je špijunka!« je dejala ženska, ki je s prezirom zrla vame. »Ti delaš za dohtarje, je tako?!«

»... Ni tako,« sem presenečeno odvrnila.

»Za koga pa, če ne za njih!?« je ponovno odrezavo odvrnila, saj nisem potešila njene radovednosti.

»Le zase. Opravljam teren za dip...«

»To je izgovor!« je nezadovoljno odvrnila neznanka.

»Nasvidenje,« odzdrava z njene strani ni bilo, le moški me je tokrat bolj veselo pozdravil, tako da je pokimal v ponovni pozdrav.

Začudila sem se spremembam, ki so me pričakale v bolnišnici. Ko sem obiskala svoje sogovornike na psihoterapevtskem oddelku, sem se znašla na starih tirih. Med splošnim pogovarjanjem s pacienti je v kuhinjo vstopil Žan, ki me je po dogodku malo razveselil: »Slišal sem, da si antropologinja! ... Fino, fino, to je zanimivo.« Po kratkem pogovoru je z navdušenjem pristal na nestrukturirane intervjuje.

Žan, zagreti družboslovec in humanist, preimenovan v Profesorja, je svoje dneve preživel doma z branjem knjig in gledanjem programov na CNN, zlasti oddajo *Travel*. Njegova navada je bila skriti podnapise in simultano prevajati. Dejal je, da je lastnik 300 zvezkov tovrstnih prevodov. V psihiatrični bolnišnici so mu diagnosticirali blago depresijo, meni pa,

da je njegov problem asocialnost in tudi to, da se posledično pogovarja sam s sabo. Pravi, da ima morda socialno fobijo. Ne mara se veliko družiti, raje bere, prevaja knjige in gleda dokumentarce o potovanjih. Ponosen je na to, da je za magistrsko nalogo prevedel Kantovo filozofijo. Pri Žanu je zanimiva njegova ambivalentnost, saj pravi, da se izogiba socialnih stikov, po drugi strani pa si želi potovati in spoznavati ljudi. Tudi dela, za katera se je izsolal in ki bi jih lahko opravljal kot učitelj, receptor ali zdravstveni tehnik, zahtevajo socializacijo in učenje socialnih veščin, katerih se zavestno izogiba.

Doma so me imeli za čudaka, ker sem toliko časa preživel med knjigami, zato sem tudi prišel v bolnišnico. Mislil sem, da bom na oddelku le 14 dni, pa se je malo zavleklo [Zdravi se že štiri mesece; op. a.].

To so bila moja oziroma naša srečanja v psihiatrični bolnišnici, kjer kar mrgoli takšnih in drugačnih osebnih doživetij. Kljub občasnim »dogodkom«, kot so dnevne vizite, druženje ob kavi, koncerti, literarna srečanja, potopisna predavanja in obisk muzejev, pacienti pravijo, da se v psihiatrični bolnišnici ne dogaja mnogo.

Tu [na delovnih terapijah; op. a.] smo zato, da ubivamo čas. Zato pa hodimo na delavnice. Skoraj vsak od nas, ki je prišu sm prostovolno, ne ve, kdaj bo šou. Vedno delamo eno in isto: hodimo na likovno terapijo, v fitnes, na glasbeno delavnico, na terapevtsko in psihoterapevtsko skupnost, na relaksacijo in na skupinske sprehode.²¹ Vedno nam ostaja tudi čas zase. Takrat je težje, ker tu nimamo kaj dosti za delat. Na koncu vedno rečeš: tako pač je, je sprijaznjeno dejal David.

Opazila sem, da moje sogovornike »obseda« »sindrom lepšega in boljšega jutri«, »obseda« jih misel na dan, ko se z odhodom domov sprostijo vse njihove napetosti. Za paciente, ki so že zaključili z zdravljenjem, ne pa nujno z ozdravitvijo, pravijo, da so ti ponavadi izgledali bolje, ko so prišli na psihoterapevtski oddelok kot pa ob njihovem odhodu domov. Odpuščene paciente naj bi pestil strah pred realnostjo. Vrnili so se v isto okolje, med iste ljudi, ki se morda o njihovi bolezni niso izobraževali ter ne vedo, »kako krhek je lahko posameznik med potekom in po poteku zdravljenja«.

²¹ V sklopu aktivacijske terapije, katere koordinatorki sta delovni terapevтки, se izvaja gibalna, likovna, oblikovalna, muzikoterapija, biblioterapija in kognitivne aktivnosti. V okviru terapevtskih skupnosti so pacienti enkrat tedensko deležni treninga asertivnosti, kot je pisanje dnevnika, predstavitev športnih ali kulturnih dogodkov, predstavitev domačega kraja in podobno. Enkrat tedensko je organiziran tudi družabni večer, ki je namenjen učenju in razvijanju socialnih tehnik in veščin (Menard 2013: 21).

Ko se duševni bolniki po odpustu iz bolnišnice vrnejo v domače okolje, postanejo njihovi svojci formalni ali neformalni skrbniki, pomočniki in negovalci, kar je lahko za nekatere družine velika psihična, fizična, časovna in ekonomska obremenitev. Tukaj se bolnik in svojci znajdejo v neenakopravnem odnosu, saj je bolnikov skrbnik obremenjen z večjo odgovornostjo in vsakodnevnimi obveznostmi do bolnika. V nekaterih družinah postanejo svojci preobremenjeni, tako da pričnejo zanemarjati svoje lastne potrebe in vlaganje v družinske odnose (Žmitek 2015: 86-7), ki posledično trpijo zaradi zanemarjanja. Zdravstvena služba je po svoje obremenjena in zato tudi empatično »izpraznjena«, tako da svojcem bolnikov ne more nuditi ustrezne opore, da bi se lahko skrbniki občasno razbremenili. Nastalo vrzel v skrbi do pacienta so zapolnila združenja svojcev, ki delujejo kot nevladne organizacije, katere so družinam v podobnih situacijah v oporo in pomoč.

Moji sogovorniki so mi dejali, da bolnica v namen razbremenitve svojcev organizira srečanja, kjer svojci pacientov dobijo znanje o bolezni družinskega člana ter izrazijo skrb, ki jih pestijo v zvezi z boleznijo. Zdravstveno osebje opravi s skrbniki edukacijsko in psihoterapevtsko intervencijo, s katerimi skušajo pri svojcih doseči spremembe v njihovem doživljanju, mišljenju in vedenju (osebna komunikacija; op. a.). Na srečanjih se je pomembno naučiti strategij, s katerimi lahko pacienti domači konstruktivno razrešijo notranje in zunanje konflikte. Poudarek tovrstnih srečanj je tudi na odpravljanju disfunkcionalnih občutkov krivde, ki prispevajo k negativnim vzorcem mišljenja in vedenja v družini.²²

²² Pri tovrstnih intervencijah, kjer psihoterapevti pri svojcih uporabijo nekatere določene psihoterapevtske tehnike, kot so ventilacija, normalizacija, podpora in reševanje problemov, se pogostost relapsov pri bolnikih zniža za polovico v primerjavi z bolniki, kjer svojci tovrstnih edukacij niso deležni (Žmitek 2015: 97).

Liminalnost etiologij bolezni²³

Sreda, 9. 12. 2015

Ko sem soprocente povprašala, kaj zanje pomeni biti zdrav, so opisovali normalnost bivanja; imeti gospodinjske in službene obveznosti, se družiti s prijatelji, hoditi na kulturne in rekreativne dogodke in podobno, kar so tudi želje zdravega človeka, ki je kdaj pa kdaj navidezno brezizhodno ujet v ritem frenetičnega vsakdana, polnega obveznosti in organizacijskih skrbi.^{24, 25}

Med biti duševno zdrav in duševno bolan obstaja fiktivna meja, ki ločuje uzakonjene družbene normalnosti in deviantnosti, ki smo jih sprejeli v normativni okvir. Znotraj tovrstnih kulturnih določil je telo razumljeno kot področje upredmetenja norm, moralnih pravil in disciplinskih tehnik, ki odražajo tradicionalno zaprtost in moderni individualizem sodobne slovenske družbe (glej Zaviršek 1993: 43-4). Če bi se obnašali kot šaman, bi nam lahko v Sloveniji zgolj na podlagi obnašanja diagnosticirali shizofrenijo, histerijo ali epilepsijo (glej Lipovec-Čebren 2003), če bi v Ameriki doživeli bolezensko epizodo, bi nam najbrž pripisali zgolj prozac in še kakšen lek (Wutzel 1994), medtem ko bi nam v Evropi svetovali bolnišnično zdravljenje, na Kitajskem pa bi naše psihično stanje takoj somatizirali²⁶ (Kleinman 1980). Biti zdrav in bolan sta torej kulturno relativna pojma in kulturno specifična termina, ki ga bolniki emocionalno doživljajo podobno. Ko ti zbolijo, se jim spremeni pogled na zdravje in biti zdrav postane osrednja težnja in želja. V času

²³ Pri resnih boleznih je poleg zdravljenja pomemben »dejavnik upanja« (Pollak v Adam in Herzlich 2002: 69), ki se opira na medicino, uradno ali komplementarno, kot tudi na privzemanje religioznih navad.

²⁴ Pri opredelitvah bolnega in zdravega uporabljamo tudi družbene kriterije. Za mnoge pomeni biti bolan, prekiniti s svojim delom in ne prisotnost simptomov. Opisano zamenljivost izrazov opiše Good (v Adam in Herzlich 2002: 41) kot *semantično mrežo bolezni*, kjer simptomi in motnje sestavljajo bolezen, samo če ti sprožijo spremembo v življenju bolnika in vplivajo na njegovo družbeno identiteto.

²⁵ Odlomek iz dnevnika moje sogovornice Nine, kjer razmišlja o konstrukciji zdravja in bolezni ter o terminih zdrav - bolan oziroma zdrav - nor.

²⁶ Na Kitajskem, kjer se psihične težave izražajo kot telesni simptomi, je depresija razumljena kot bolečina pri srcu. Adam in Herzlich (2002: 39) navajata primer Kitajke, ki je emigrirala iz Vietnama v ZDA. Ker jo je tiščalo v prsih, je stopila do zdravnika, ki jo je poslal na kardiološke preiskave. Te so potrdile normalnosti v delovanju srca. Predpisane so ji bile raznorazne terapije, ker pa se njeno zdravstveno stanje tudi po terapijah ni izboljšalo, se je ameriški zdravnik obrnil na »antropološke metode« raziskovanja vzrokov bolezni, tako da je pacientko povprašal po njeni preteklosti in po njenem aktualnem načinu življenja (Adam in Herzlich 2002: 40). Zavedal se je, da ji po ameriških kriterijih duševnih bolezni tudi depresije ni mogel določiti, saj so bili njeni simptomi različni od depresivnih simptomov ameriških bolnikov.

zdravljenja bolnega posameznika pa se dogaja cel niz sprememb, ki ga ločujejo od prejšnjih družbenih vlog in ga postopoma prilagajajo k sprejetju novih. Kvaliteta dvoumnosti in ambivalentnosti, ki se ob tem pojavi, je *liminalnost* (Turner 1991; Van Gennep 1977). Človek, ki zaradi prisotnosti simptomov obišče zdravilca, se nahaja v nejasnem in dvoumnem položaju, v katerem čaka na način odreditve od »nekega zla«, kar zahteva obred. Podobno je s pacientom v evropskih državah, ki se zaradi bolezenskih simptomov nahaja v '*drugem svetu*' in se zaradi preobremenjenosti pogosto izolira od ostale družbe. Kultura bolnika vpliva na njegov kognitivni proces in na odločitev o načinu zdravljenja; ali se bo bolnik obrnil k ljudski medicini, alternativni medicini ali k biomedicinski praksi ali bo uporabil kombinacije medicinskih sistemov, kar je najbolj pogosto.

Na prelomu iz 19. v 20. stoletje so v Nemčiji opravili prvi poizkus klasifikacije duševnih bolezni. Skoraj sočasno so na področju medicine sestavili enotno klasifikacijo bolezni z naslovom *Mednarodna klasifikacija bolezni, poškodb in vzrokov smrti* (MKB), v katero je bil vključen tematski sklop o duševnih boleznih. Kasneje je nastal *Diagnostični in statistični priročnik duševnih motenj* (DSM), ki je poznal 16 glavnih kategorij bolezni, ki so motnje le opisovale brez utemeljevanja vzrokov bolezni (Erzar 2007: 46). Do preobrata v razumevanju duševnih bolezni pride šele leta 1959, ko je britanski psihiater Stengel predlagal, da naj bi klasificiranje duševnih bolezni zajemalo zgolj delovne definicije duševnih motenj brez omembe etiologij bolezni (Erzar 2007: 47), kar so DSM-jem kasneje znanstveniki očitali in jih zato označili kot neznanstvena dela.

Kljub sistematičnim načrtom in njihovi izvedbi je v psihiatriji vladalo kaotično stanje, ki je bilo v 60-ih letih kritizirano s strani antipsihiatričnega gibanja. Med njegovimi podporniki je bil Szasz (1980), ki je opisoval duševno bolezen kot medicinski in socialni mit oziroma je o njenem družbenem pomenu pravil:

Pomen pojma duševne bolezni je predvsem prikriti vsakdanje dejstvo, da je življenje večine ljudi nenehna borba, ne za biološki obstoj, temveč za mesto pod soncem, duševni mir ali kako drugo vrednoto ali smisel. Ljudje potrebujejo odgovor na vprašanje, kako naj živijo. Ker ni na voljo pozitivnih odgovorov, se morajo zadovoljiti z negativnimi (Szasz 1980: 32).

Po Szazsu (1980) »koncept telesne ali duševne bolezni vključuje deviacijo od neke jasno določene norme, ki se giblje v okvirih psihosocialnih, etičnih in pravnih konceptov, zdravilo zanjo pa se išče v okvirih zdravstvenih meril, čemur ta ne služi« (1980: 24-5). Za vse glavobole in podobne manifestacije morebitnih bolezni naj bi bili torej krivi družbeni spori in ne bolezen sama po sebi, katera naj bi obstajala le toliko, kolikor dovolimo, da obstaja kot teoretični koncept. Szazsova kritika psihiatrije je črpala iz del Goffmana (1961)²⁷ in Foucaulta (1998),²⁸ ki sta kritizirala institucijo psihiatrije in institucije za duševno zdravje, katere so po njihovem mnenju izkoriščale bolezen in bolnike za opravičevanje družbenih disfunkcij (Videmšek 2012: 107).

Kljub geslom številnih, nad psihiatrijo ogorčenih Američanov, med katerimi je bilo odmevnejše geslo »*Ljudje potrebujejo ljudi – (Ljudje, ne psihiatrija)*«²⁹ (Schwartz 2003; Videmšek 2012: 107), je psihiatrija v 70-ih letih zavestno krepila prepričanje, da je treba duševne bolezni obravnavati kot somatske in medicinske manifestacije obolenj biološkega izvora. Konec 19. stoletja se je v psihoanalitičnih krogih pojavila hipoteza, da bo nekoč možno vse psihične procese zvesti na njihovo nevrolško podlago (Erzar 2007: 11), kar se je seveda izkazalo za neizvedljivo miselnost. Kljub napačnim predpostavkam tovrsten način mišljenja priča o drži tedanje medicine, ki je v veliki meri prisotna v sodobnem biomedicinskem pogledu, in sicer ne govori več o redukciji vsega psihičnega na fiziološko osnovo, ampak ohranja nekakšno hierarhijo med področji, kjer ima primat organsko

²⁷ Foucault (2009) je zanikal medicinsko dominanco in jo primerjal s socialno organizacijo, kjer se družbeni red in konformnost dosega na prostovoljen način. Dejal je, da je moč bistveno vezana na znanje, med pojmom – moč in znanje – pa naj ne bi bilo jasne meje. Medikalizacija družbe naj ne bi vsebovala nič manj nadzora kot klasične nadzorne družbe, saj imajo medicinski profesionalci znanje in hkrati sredstva za zdravljenje, kjer je moč zdravnikov velika in ekskluzivna, saj imajo monopol tako nad bolniki kot nad predpisovanjem zdravil (Foucault 2009).

²⁸ Goffman (1961) se osredotoči na razmere znotraj totalitarne institucije, katera ne uspe povsem izpostaviti oblasti nad posameznikom. Opisuje *kariere bolnika* znotraj psihiatrične bolnišnice, katero označi kot avtoritarni sistem, ki paciente prisili v vlogo duševnega bolnika, vpliva na njihovo razmišljanje in obnašanje in kot kraj, kjer novinci doživljajo poniževanja in omejitve. V delu *Azili* (1961) je avtor osredotočen na temne strani institucionalizacije, ravno zaradi totalnega modela institucij, v katerega poleg psihiatrične bolnišnice vključi zapore, koncentracijska taborišča, samostane, sirotišnice in vojašnice. Totalne institucije opredeli kot ustanove bivanja, kjer so posamezniki za določen čas odrezani od ostale družbe (Flaker 1998; Goffman 1961). Ko ti vstopijo v psihiatrično bolnišnico, se za paciente začnejo procesi, ki namenoma uničijo njihov stari jaz (*self*) in z resocializacijo ustvarijo novo identiteto. Njegov totalitarni model, apliciran na bivanje v psihiatrični bolnišnici, ima velik primanjkljaj, saj obravnava psihiatrično bolnišnico in duševne bolnike brez upoštevanja njihovega bolezenskega stanja, ki pri obolelih povzroča spremembo celotnega načina življenja.

²⁹ »*People need People – (People not Psychiatry)*« je bilo odmevno in znano ameriško uporabniško gibanje, ustanovljeno leta 1969, iz katerega se je leto pozneje ustanovilo *Nacionalno združenje za shizofrenijo* (Videmšek 2012: 107).

področje. Rezultat takratnih pogledov na stroko je bil DSM-III, ki ga je v že tretji verziji izdalo *Ameriško psihiatrično združenje* (Erzar 2007: 48). S priročnikom so določili, da so duševne motnje primarno predmet psihiatrije, katere opora so ji psihologija, psihoterapija in medicina. Ozadje sistema DSM je prepričanje, da se bolezni ne da razlagati monokavzalno, ampak tako, da upoštevamo tri sklope vzrokov: biološke, psihosocialne in sociokulturne vzroke, ki med seboj součinkujejo.

Tipična biološka razlaga v medicini se je ohranila do danes, pri čemer je največ legitimacije dobila na začetku 20. stoletja z bakteriološkimi in nevrološkimi odkritji, v zadnjem času pa s kemičnim delovanjem možganov in z notranjo strukturo genoma. Kljub solidnim napredkom stroke mnogi znanstveniki očitajo DSM-ju – tudi zadnji verziji DSM V – neznanstvenost, saj je njegov primanjkljaj, kot sem že dejala, v neutemeljenosti vzrokov motenj (Erzar 2007: 50-2), čemur so se znanstveniki v preteklosti namenoma izognili.

V devetdesetih letih, ko so se ljudje z mislijo ozirali h koncu stoletja in k morebitnemu koncu sveta, je bilo obdobje – ironično – zaznamovano kot »desetletje možganov«. Znanstveniki so pospešeno odkrivali gene, odgovorne za duševne bolezni ali vedenjske motnje, kjer so vzroke zanje pripisovali kemiji in ne značaju bolnega posameznika ali njegovemu neposrednemu okolju. Potekala je prava biološka revolucija, ki je postala integralni del kulture (glej Schwartz 2003: 79), kjer pa se je dotaknila sociološke kritike, ki je opozarjala na nevarnost biološkega redukcionizma in determinizma. Biološko revolucijo so sprožile študije dvojčkov, napredek farmacevtskih družb pri zdravljenju specifičnih simptomov, tehnološki napredek, molekularna genetika in sposobnost vizualiziranja strukture in funkcioniranja možganov (Schwartz 2003: 80). Kljub mnogim novim in presenetljivim odkritjem pa revolucija še vedno ni prinesla znanja o etiologiji duševnih bolezni.

V prejšnjih letih so znanstveniki prišli do vznemirljivih odkritij v funkciji in disfunkciji možganov. Odkrili so gene, povezane s shizofrenijo, ter potrdili, da nekatere možganske abnormalnosti povečajo verjetnost razvoja posttravmatskega stresa po stresnem dogodku (Weir 2012). Raziskave so pokazale, da celo pri močno dednih boleznih skoraj polovica

identičnih dvojčkov nima teh bolezni, kar nakazuje, da s spremembo čustvenega okolja preprečimo, da bi se realizirali biološki dejavniki tveganja (Erznar 2007: 66; Lamovec 2006).

Do odkritja nevroleptikov je prišlo v petdesetih letih, v času, ko so odkrili penicilin in inzulin, kar je omogočilo nastanek »kulture pilul« (Flaker 1998: 173). Nova zdravila so pripeljala do sprememb v trdovratnosti bolezni, saj so pospešeno izginjali simptomi, kar pa ni vplivalo na ozdravitev pacientov. Kritiki nevroleptikov jih pogosto imenujejo »kemični prisilni jopiči« (Flaker 1998: 171), ki naj bi dajali lažni občutek varnosti pred norostjo in kot taki naj bi imeli zgolj kulturni pomen. Kljub odporom do kemičnih substanc je v zadnjih desetletjih število zdravil za različne duševne motnje rapidno poraslo, kar gre pripisati raziskavam in eksperimentiranjem v nevroznanosti in molekularni biologiji ter trženju in dejavnosti farmacevtskih družb. V 60-ih letih so laboratorijski poizkusi z zdravili pripeljali do naključnih ugotovitev njihovih učinkov, kar danes poteka bolj sistematično. V šestdesetih letih so odkrili klorpromazin zoper psihotične motnje, litij za bipolarni motnje in imipramin za depresijo, kar naj bi povzročilo množično dezinstitutionalizacijo (Erznar 2007: 70).³⁰ Presenetljivo je dejstvo, da so farmakološka zdravila spravili na trg, kljub temu da niso vedeli, kako točno delujejo, kar so spoznali šele kasneje, z boljšim vpogledom v organsko etiologijo motenj.

Dominantnost biološke perspektive v psihiatriji so torej omogočili znanstveni uspehi genetskih³¹ in farmacevtskih raziskav, ki so bolj ali manj zanemarjale dejstvo, da ima vsako človekovo obnašanje biološko, psihološko in sociološko komponento.³²

Razlika med biološko, psihološko in sociološko perspektivo duševne bolezni je v lokaciji vzroka za duševno bolezen; pri biološkem in psihološkem pristopu so determinante duševnih bolezni znotraj človeka, znotraj njegovega telesa ali uma, sociologija pa vidi

³⁰ Uvedba nevroleptikov naj bi omogočila obravnavo v skupnosti, vendar je podatek napačen. Po drugi svetovni vojni se je začelo povečevati število ljudi, ki so trpeli za shizofrenijo, po uvedbi nevroleptikov pa se je njihovo število zvišalo in ne zmanjšalo. Sočasno se je začelo povečevati tudi število oseb, ki so se vračale v bolnišnico (Lamovec 2006: 183).

³¹ Projekt genetike shizofrenije se je izkazal kot minimalno uspešen. Zanj je bilo porabljenih več kot 400 milijonov dolarjev (Žmitek 2015: 100).

³² Raziskave dvojčkov in posvojencev so pokazale, da naj bi bil najpomembnejši razlog za razvoj shizofrenije genetski prenos, ki pa nazaduje pri razlagi načina dedovanja. Znanstveniki so si enotni v tem, da gre pri tovrstni bolezni za poligenetsko dedovanje, kjer stopnja genetske ranljivosti – genetski deficit – stopa v interakcijo z dejavniki okolja (Žmitek 2015: 100-1).

vzroke za duševne bolezni v okolju ali v socialni situaciji posameznika (glej Devereux 1990: 16).³³

Znano je, da akumulacija lokalnih stresorjev lahko povzroči razvoj duševnih bolezni, kakor jih lahko povzročajo konstantna bremena načina življenja, kot so pomanjkanje denarja, hrane, oblek, zdravil, podpore in podobno (Thoits 2003: 123-6). Pripadniki nižjega ekonomskega razreda zahodnih družb naj bi bili bolj dovzetni za razvoj duševnih bolezni kot pripadniki srednjega in višjega razreda.³⁴ Vzrok za tako stanje naj bi bil v stopnji socialne integracije, sama pa menim, da je razlog zanjo iskanje rešitve pred slabo in stresno ekonomsko situacijo³⁵ – primer rešitve s hospitalizacijo – ter posledica ali vzrok *labelinga*. To bom predstavila kasneje.

Pri etnomedicinskih sistemih – kot na primer na Kitajskem in v Indiji – je telo običajno obravnavano celostno in obstaja kot sestavni del osebe ter kontinuuma družbenih odnosov. Iz primerov etnomedicine bo razvidno, da sta zdravje in bolezen umeščena v simbolni sistem kultur, v katerih so predstave telesa kulturno specifične oziroma so te družbeni konstrukti, ki zrcalijo ekonomsko-politične dejavnike.

Modre starešine so pogosto posredniki etnomedicinskega znanja, ki ga večinoma posredujejo ustno naslednji generaciji zdravilcev. Ti so uspešni pri zdravljenju življenjsko nenevarnih bolezni, kroničnih obolenj in somatizaciji emocionalnih stanj. Njihovo zdravljenje poteka na vseh nivojih, socialnem, kulturnem, behaviorističnem in psihološkem, na področjih, ki jih zahodnjaško usmerjeni zdravniki zanemarjajo, zato je mogoče reči, da je najbolj pomembna funkcija zdravilca ravno »kulturno zdravljenje« (Kleinman 1980: 149-50).

³³ V učbeniku *Kratki pregled psihiatrije* (Zalokar 1985) je zapisano, da razlika med tako imenovanimi duševnimi in telesnimi boleznimi nastaja predvsem zaradi tega, ker je pri duševnih boleznih prizadet centralni živčni sistem, ki je organ duševnosti. Zaradi bolezenskega procesa je spremenjena tudi posameznikova duševnost (Zalokar 1985: 9).

³⁴ Med revnejšimi sloji je več tudi drugih obolenj kot pri srednjem in višjem sloju. Prav tako je višja stopnja smrtnosti (osebna komunikacija; op. a.).

³⁵ Najpogostejši problemi hospitaliziranih posameznikov, s katerimi so se soočali moji sogovorniki, so družinski in stanovanjski problemi, problemi delovnega razmerja ali iskanje dela, izterjava dolga, opravilna sposobnost in skrbništvo ter problemi na področju psihiatrije in socialne službe (glej Lamovec 2006: 247).

Komplementarni zdravitelji menijo, da večina zdravil odstrani simptome pri bolniku, lahko pa sprožijo druge zaplete in obolenja. Problem biomedicine naj bi bil po njihovem mnenju ta, da ne more poseči v bistvo posameznikovega problema ter da človeka ne obravnava celostno, zato se simptomi v različni intenzivnosti pojavljajo znova in znova (Kolarević 2008: 116).

V tradicionalni Indiji se vsaka človekova in naravna manifestacija povezuje z religijo, kajti vse izvršuje božanstvo, bog, ki je za ljudi predpisal številne religijske obveznosti. Tod so razlage duševnih bolezni različne. Nekateri za duševno bolezen krivijo nadnaravne sile, šamani izgubljeno harmonijo med posameznikom in družbo, tantriki pa z delovanjem karme. Vsem trem pristopom je skupno, da duševne motnje obravnavajo kot genetsko nepogojene, poleg tega vidijo bolezen kot družinsko in kolektivno stvar. Pri zdravljenju pacienta se zdravilec pogosto sklicuje na koncept svetosti kot del religiozno-spiritualnega spektra zdravljenja, kjer sta duh in telo neločljivo povezana (Kolarević 2008: 107-8). Obratno je v zahodni psihiatriji, katera se osredotoča na vidno izražene simptome. Kljub navidezno strpnejšemu načinu obravnavanja bolezni, oblike zdravljenja v tradicionalnih kulturah niso nič bolj učinkovite od zahodnjaških.

Poleg poudarka na simptomatiki dobivajo pri procesu zdravljenja z biomedicino vse več pomena interpretacija posameznikovega okolja, njegovega mišljenja, govora, medsebojna verbalna in neverbalna komunikacija, saj podajajo jasnejše informacije o posameznikovem duševnem zdravju v skupnosti. Kljub temu je biomedicina zastavljena tako, da zanika ostale ontologije. Zanja je bolezen individualizirana in obravnavana kot biološki proces, kjer so socialni izvori trpljenja drugotnega pomena ali so celo zanemarljivi, zaradi česar ostajajo nerazumljeni (Wedel 2009: 50). Ravno zato so v Nikaragui začeli z gibanjem *Novi model zdravja*, skoraj naivnim preizkusom preverjanja odprtosti biomedicinskega sistema, katerega cilj je integrirati tradicionalno medicino v biomedicinsko prakso. V zahodnjaški medicinski model želijo vključiti njihovo vizijo kozmosa, tradicionalne medicine in drugih alternativnih ter komplementarnih praks (Wedel 2009: 50). Tak sistem naj bi pripeljal do kooperacije osebja ter do možnosti izbire načina zdravljenja s strani hospitaliziranega pacienta, ki bi bil bližje svoji kulturi.³⁶

³⁶ Komuniciranje med zdravnikom in bolnikom lahko otežuje njihovo izvorno okolje, še najbolj pa takrat, ko sta ti kulturno različni, saj se lahko zaradi neznanja o kulturnih vsebinah vzpostavi ovira pri procesu

Kopica raziskav o alternativni, komplementarni in tradicionalni medicini (glej Moodley in Sutherland 2010) je pokazala, da vse več Evro-Američanov posega po praksah izven domene biomedicine. Ta praksa se je dodatno povečala s prihodom novih imigrantov iz Gane, Etiopije, Sudana, Senegala, Avstralije, Latinske Amerike, Haitija, Pakistana in Indije. Priseljenci iz južne Azije v ZDA, Kanado in Anglijo se pri resnejših in kroničnih boleznih poslužujejo zahodne medicinske prakse, medtem ko manjša obolenja zdravijo s tradicionalno medicino, čeprav menijo, da je souporaba tradicionalne medicine z zahodno medicino sporna (Moodley in Sutherland 2010: 268). Podobne vzorce je moč najti tudi pri ostalih priseljencih. Svet, kot ga vidijo nekateri južni Afričani, je tesno prepleten z animizmom. Iz te perspektive ima bolezen izvor v naravnih, socialnih, spiritualnih in psiholoških motnjah, za zdravljenje katerih je primerno obiskati tradicionalnega zdravnika, ki uteleša most med duhovnim svetom in klientom. Podoben pogled na duševne bolezni je najti v karibski kulturi, ki pa vzrok za duševno bolezen vidi v napačnih ali zlih dejanjih posameznika, zato je slednji preklet, saj naj bi ga obsedli duhovi in zavedli demoni (Moodley in Sutherland 2010: 270). Osrednji vzorec, ki se pojavlja pri tradicionalnem zdravljenju, je obsedenost z nadnaravno silo, ki naj bi jo doživela tako zdravilec kot pacient. Z njeno pomočjo naj bi zdravilec pripeljal pacienta do cilja rituala, kateri omogoča doseči harmonijo, regulirati emocije, iskanje ustrežnejšega načina življenja, krepitev fizičnega stanja in izboljšanje posameznikove usode.³⁷

zdravljenja.

³⁷ Prisotnost magijskih in/ali religioznih elementov je karakteristika, ki je najbolj opazna pri etioloških vprašanih tradicionalnih medicin. Na podlagi tega so vzroki za bolezen zunanji, personalni in metafizični. Posledično se v etiološko-diagnostičnem modelu in v klasifikatornem sistemu zdravstvenih motenj tradicionalne medicine razlikujejo od uradnih medicin. Pri zdravljenju posameznika s tradicionalnimi medicinami je vključen celoten kolektiv, saj je v tradicionalnih skupnostih identiteta posameznika tesno povezana s kolektivno identiteto (Lipovec-Čebon 2008: 94-5). Zdravilcu pripisujejo karizmatične lastnosti in metafizično znanje, s čimer se pri posamezniku aktivirajo psihosomatski mehanizmi za uspešno zdravljenje. V uradno medicino so integrirani redki elementi tradicionalnih medicin, in sicer tisti, ki imajo empirično osnovo, kot je na primer tradicionalno zeliščarstvo, ki ga uradna medicina klasificira kot ljudsko modrost (Lipovec-Čebon 2008: 96-7). Poleg integracije nekaterih elementov tradicionalnih medicin v uradne medicine je v zahodnem svetu moč opaziti tudi trend institucionalizacije komplementarnih medicin. V Veliki Britaniji, ZDA in v nekaterih zahodnoevropskih državah (na primer v Nemčiji) so homeopatija, akupunktura, osteopatija in kiropraktika že več kot desetletje vključene v dodiplomske programe medicinskih fakultet. Nekatere redke terapije komplementarne medicine, najpogostejše osteopatija in kiropraktika, so s strani vlade dobile status uradno priznanih metod zdravljenja, ki so vključene v sistem zdravstvenega zavarovanja, tako državnega kot privatnega (Lipovec-Čebon 2008: 98). V Sloveniji je situacija precej drugačna, predvsem pa anahronistična. Leta 2007 je pri nas nastal *Zakon o zdravilstvu*, ki strogo ločuje zdravilstvo od medicine. Po zakonu se z zdravilstvom lahko ukvarja vsak, ki si pridobi zdravilsko licenco, katera je v pristojnosti instituta zdravilske zbornice, in opravi preizkus iz zdravstvenih vsebin. Za zdravljenje s homeopatijo, kiropraktiko in osteopatijo pa je zahtevana diploma medicinske fakultete. S tovrstno konceptualizacijo je zakon naredil več škode kot koristi, saj je marginaliziral ostale komplementarne prakse in jih ustoličil na nivo šarlatanstva (Lipovec-Čebon 2008: 99-103).

Kot smo videli, se kulture med seboj razlikujejo po označevanju, kategorizaciji in klasifikaciji zdravstvenih težav. Slovenija spada med države, ki izhajajo iz empiricistične tradicije. Zanj je značilno, da vrednoti druge oblike medicine po kriterijih zahodne znanstvene medicine. Evroameriško popularizirano in znanstveno razmišljanje poudarja separacijo med telesom in umom oziroma med možgani in psiho. Zato naj bi imel zahodni medicinski sistem posebno kategorijo, kategorijo duševnih bolezni, s katero locirajo izvor bolezni v umu oziroma možganih. Vendar stvari niso tako preproste in tako razmišljanje prej odseva nepoznavanje Descartesa, kot pravi profesor etnologije in kulturne antropologije ter filozof Rajko Muršič:

Kot filozof (da, imam diplomo iz filozofije!) imam težavo, kadar kdo enači um in možgane. To je enako, kot če bi nekdo enačil motor avtomobila in njegov prtljažnik. Pri uporabi avtomobila sta pomembna oba: s tem, da lahko avtomobil vozimo le ob delujočem motorju (možgani), prtljažnik pa lahko uporabljamo tudi ob ugasnjenem motorju (možgani na paši, rečemo temu stanju zavesti) in ga napolnimo z omejeno količino zunanjih reči.

Um je nematerialna akumulacija zmožnosti razmišljanja, ki se sicer manifestira v »mojem« razmišljanju, to pa sploh ni mogoče, če ne bi bil nikoli v stiku z drugimi ljudmi, torej je družbena nematerialna kategorija, ki v bistvu nima nobene zveze s tistim, čemur rečemo duševnost ali psiha.

Socialno-kulturne značilnosti liminalnega obdobja

Četrtek, 12. 11. 2015

Teža misli je spremenila občutenje telesa. Nenadoma je postalo čudno koordinirano, skoraj nepremično. Strah se je vzpenjal skupaj s senco po steni. Oh ne, ta temačna podoba ne more biti moja! In te misli ne morejo biti moje! Ja, pa so! So. Kaj je rekla? Da so. Kaj sem rekla? So ... Prijela sem se za glavo in si nato z dlanmi pokrila ušesa. Ujela sem se v vrtnec monologa treh razumov, kjer se je moj jaz izgubljal in z njim občutenje sebe. Kdo sploh sem? Kdo?! Nehaj! Kdo, kdo?³⁸

³⁸ Ninin opis doživljanja akutne shizofrenije s prisluhi.

V času življenja naletimo tudi na težke trenutke, ki nam prinašajo nova spoznanja in znanja, ki so nam pri njihovem sprejemanju in premagovanju v izziv. Takih situacij – pragov je v času posameznikovega obstoja ogromno. Med njimi so najbolj očitni poroka, nosečnost in rojstvo otroka, menopavza in smrt. Ti so bolj ali manj predvidljivi dogodki življenja, obratno od bolezni, za katero lahko ne slutimo, da se je pričela in se morda ne zaključí s popolno ozdravitvijo.

Skozi obdobja tranzicije nam pri prehodu iz enega stabilnega stanja v drugo pomagajo obredi, ki jih je belgijski etnolog Van Gennep (1977) poimenoval obredi prehoda. To so »vsi obredi, ki spremljajo vsako spremembo kraja, stanja, družbenega položaja ali starosti« (Van Gennep v Turner 2008: 80). Obrede prehoda najdemo v vsaki družbi, maksimalno ekspresijo pa dosežejo v določenih majhnih, sorazmerno stabilnih in staroselskih družbah.

Obredi prehoda ne nastopijo le pri življenjskih krizah, ampak tudi pri pozitivnih spremembah, kot so sprememba pravnega statusa, izobrazbe, poklica, pozicije v hierarhiji in podobno. Po Van Gennepu (navajam po Turner 1991) so tri faze obreda prehoda: *separacija*, *margina (limen)* in *agregacija*. Poleg teh izrazov je Van Gennep uporabljal tudi pojme *predliminalnost*, *liminalnost* in *postliminalnost*, s katerimi se je nanašal na prostorsko tranzicijo (Turner 1991: 161). Separacija vsebuje simbolno obnašanje, ki ponazarja ločitev posameznika od skupine. Njegovo stanje postane ambivalentno, saj se prične nahajati v liminalni fazi, kjer ima nične ali nekaj značilnosti preteklega ali prihodnjega stanja. Po opravljenem prehodu sledi faza agregacije, kjer se novinec ponovno nahaja v stabilnem položaju ter ima pravice in dolžnosti jasno določenega in strukturnega tipa, saj družba od njega pričakuje, da se bo obnašal v skladu z normami in etičnimi standardi.

V času trajanja liminalne faze je posameznik strukturno kot fizično neviden in kot tak ne more biti in ni več klasificiran. Simboli, ki ga reprezentirajo, so povezani s smrtjo, z drugim svetom, z nevidnostjo, s povratkom v materino telo, s spregledljivostjo, s temo, z divjino pa tudi z mrkom. Novinci iniciacijskih in pubertetnih ritualov nimajo ničesar, ne statusa, lastnine, insignij, sekularnih oblek, pozicije in tako dalje (Turner 1991: 94-5).

Kljub temu da je živeti v liminalnem stanju povezano z občutki ambivalentnosti in paradoksa, se lahko vzpostavijo pozitivni mehanizmi razmišljanja in reformulacije starih vzorcev v nove. Biti pacient v psihiatrični instituciji je za nekatere paciente in nepaciente enačeno s porazom, stigmo in kaznijo. Razmerja v bolnišnici so ambivalentna in podvržena pogojem strukture, kar drži tako za paciente kot za zaposlene. Na hospitalizacijo se lahko pogleda tudi z drugega stališča, kot možnost za rast in za socialno napredovanje, kar je izredno redko, pa vendar možno. Liminalnost je lahko torej opisana kot čas refleksije in možnosti kot tudi čas osebne rasti, kjer se posameznik nauči tako vzorcev strukture, kateri je podrejen, in vzorcev egalitarne *communitas*, katere član začasno postane.

Communitas je specifičen način ureditve neke skupnosti, kjer novinci zasedajo pozicije, ki jih določajo zakon, običaji, konvencije in ceremonije (Van Gennep 1977: 95-6). Obstajajo trije načini ureditve *communitas*. Ti so: *eksistencialna* ali *spontana communitas* (razni »happeningi«), *normativna communitas* (nastane, kjer poteka mobilizacija in organizacija resursov) in *ideološka communitas* (to so utopijski modeli družb). Značilnost vseh treh načinov ureditve družbe je spontanost, ki pa se ne ohrani dolgo, saj se navidezno egalitarna *communitas* kmalu razvije v strukturo (Muršič 2000: 188; Turner 1991: 132).

Ko govorimo o *communitas*, se nanašamo na model ureditve družbe nestrukturiranega ali rudimentalno strukturiranega tipa, katere nasprotje je družba s strukturiranim, diferenciranim in pogosto hierarhičnim sistemom politično-pravno-ekonomskih pozicij. *Communitas* je konkretne in eksistencialne narave, medtem ko je struktura abstraktna, normativna in kognitivna. Značilnosti *communitas* so liminalnost, inferiornost in marginalnost, ki so pogoj za nastanek mitov, simbolov, ritualov, filozofskih sistemov in umetniških del (Turner 1991: 127-8). Kulturne manifestacije *communitas* so poleg liminalnosti še inferiornost, marginalnost, nemoč, pasivnost, homogenost, enakost, anonimnost, spolna vzdržnost, submisivnost, sprejetje bolečine in trpljenja in tako dalje (Turner 1991: 111).

O podobnih občutkih inferiornosti in marginalnosti priča Nina, ko govori o zdravljenju na zaprtem ženskem oddelku:

Ko sem se zdravila na zaprtem oddelku, sem se počutila nemočno in povsem odvisno ter podrejeno načinu življenja v bolnišnici. Vendar to je držalo le v času akutne bolezni. Takrat sem postala del sistema, tako da se je skrb in želja po ohranitvi lastne individualnosti s tem le povečevala. Moj fokus je bil usmerjen na premagovanje stranskih učinkov zdravil, na to, da sem bila točna pri terapevtskih dejavnostih in bila tam mentalno prisotna ter da sem se ločila, tako fizično kot mentalno, od nekaterih grupacij pacientk. Zdelo se mi je, da se je tu moj jaz intenzivneje odražal, saj sem se bila primorana postavljati zase.

Biti zavestno del oddelčne *communitas* lahko povzroči v posamezniku željo po alienaciji od »bolnišnične skupnosti«, v kateri njegovi prejšnji socialni status, izobrazba in prejšnji načini življenja pri trenutnem načinu bivanja nimajo pomembnega kohezivnega značaja. Paciente združujejo pogledi, ki jih imajo na začasni način bivanja v bolnišnici, in sicer njihove misli o psihiatrih, medicinskih sestrah, sopacientih, zdravilih in bolezni. Naštete vsebine so pogoste tematike dejavnosti čez dan, ki so natančno strukturirane in vnaprej določene. Bolezen ima pomembno mesto znotraj navidezno egalitarne *communitas*, kjer nekateri pacienti vseeno skušajo vzpostaviti hierarhijo bolnikov. Na dnu lestvice so ponavadi bolniki v akutnih in kroničnih bolezenskih stanjih, sledijo jim nevrotiki, psihotiki in bolniki, ki trpijo za psihosomatskimi stanji.

Hierarhični sistem je bil vzpostavljen tudi med oddelki bolnišnice, kjer zaseda elitni položaj psihoterapevtski oddelek s psihotično in nevrotično populacijo, najnižji položaj pa ima gerontopsihiatrični oddelek.³⁹ Posebni status so imeli tudi pacienti na ambulantnem zdravljenju, ki so bili hkrati vključeni in izključeni iz hierarhičnih postavk, ter tisti kronični pacienti, ki so se zdravili v skupnosti in so jih pacienti bolnišnice imeli za iz bolnišnične skupnosti »izključene«.

Pacienti vstopijo v psihiatrično bolnišnico s svojo samoumevno kulturo, ki je podvržena procesu diskulturacije kot posledici daljše hospitalizacije. Tu naj bi po Goffmanu (1961) nastopil niz degradacij in poniževanj, ob katerih se posameznikov jaz spremeni, mortificira, kar ima za posledico spremembe v pacientovi *moralni karieri* (Goffman 1961).

³⁹ Gerontopsihiatrični oddelek je oddelek psihiatrične bolnišnice, ki je namenjen zdravljenju akutnih duševnih motenj in stanj pri starostnikih.

Novinec prične razmišljati o sebi in o pomembnih drugih, kateri so na njegovo željo informirani o njegovem zdravstvenem stanju.

Poleg tega, da si sam določil, koga lahko bolnica obvešča o zdravstvenem stanju, so bili dovoljeni obiski vsak dan po 14. uri. Poleg obiskov so pacienti odprtega in psihoterapevtskega oddelka za vikende lahko odšli domov, le pacienti na zaprtem oddelku so konec tedna preživeli v bolnišnici. Tam so bila ponižujoča nekatera obnašanja s pacientk, ki so druge pacientke tu pa tam izkoriščale, se družile z njimi iz koristoljubja ali zaradi navidezne avtoritete. Poleg tega je bil morda degradirajoč le občutek odvisnosti od vsega; od časa za dejavnosti, obroke, osebno higieno, telefoniranje, sprehode in podobno, je dejala Nina.

Ob vstopu v ustanovo se pacient sreča z nizom sprejemnih procedur, kot so zapis anamneze, oštevilčevanje, razne preiskave, popisovanje in odvzem osebnih dokumentov, sprejem institucionalne obleke, namestitvev na oddelek in podobno. Te procedure je Goffman (1961) poimenoval *programiranje*, saj se novince pretvarja v kodirane predmete kot del administrativnega mehanizma, ki beleži njegove splošne značilnosti. Z objektivizacijo posameznika institucija ustvari kartoteko in z njo postane pacient primer s šifrirano diagnozo, kar mu znotraj institucije prinaša vidnost, psihiatrični bolnišnici pa možnost njegovega klasificiranja (Goffman 1968: 16; Flaker 1998: 24).

Zdravniška kartoteka je bila na razpolago vsem, poleg tega pa se je medicinski kader psihoterapevtskega oddelka na sestankih, enkrat tedensko, javno pogovarjal o pacientih, čemur je sledila skupinska vizita, na kateri so bili prisotni psihiatri, psihologinje, terapevtke in vsi pacienti, pravi Nina.

Podobno priča psihiatrinja psihoterapevtskega oddelka:

Na psihoterapevtskem oddelku imamo redne timske sestanke. Tim je multidisciplinaren; psihiater, psiholog, dipl. medicinska sestra, srednja medicinska sestra, delovni terapevt, socialni delavec. Na človeka in na njegove težave gledamo celostno. Vsak član tima pomembno prispeva k obravnavi posameznika. Glede na težave, ki jih ima posameznik, je vloga posameznega člana tima v procesu zdravljenja temu primerno intenzivna. Včasih je tim razširjen z zunanjimi sodelavci. Tudi svojci so lahko pomemben partner v procesu zdravljenja.

Vidnost kartoteke je s strokovnostjo in aktivnostjo bolnišničnega tima postala sekundarnega pomena, primarni pomen je imelo kroženje informacij o posameznem pacientu. Njine besede bi v Goffmanovem teoretičnem okviru (1961) lahko poimenovali *kontaminacija*, saj je tovrstno podajanje informacij prestop meje osebnega, kjer vedenja o sebi ni možno nadzorovati in zaščititi.

O nas so lahko posredno in neposredno izvedeli praktično vse; od družinskih do socialnih dejstev, o preteklih dejanjih, ki kažejo na neko simptomatiko in podobno, o čemur so nas nato osebno povprašali. Za izmišljevanje in igranje vlog ni bilo prostora, zlasti ne na skupinskih in individualnih obravnavah.

Goffmanovi *Azili* (1961), študija o washingtonski bolnišnici Svete Elizabete, so pogosto obravnavana in citirana literatura kritikov psihiatričnih bolnišnic. V njegovi študiji, ki ji kritiki Goffmana očitajo homogeni imaginarij med seboj različnih si organizacijskih oblik, profesionalnih ideologij in osebnosti zaposlenih, Goffman vztrajno poudarja nelojalnost, mortifikacijo in transformacijo pacientove identitete, pri čemer je po mojem mnenju zanemaril terapevtsko in rehabilitacijsko funkcijo bolnišnice. Zato lahko rečem, da Goffman obravnava psihiatrično institucijo in paciente brez upoštevanja in analiziranja duševnih bolezni, kar je paradoks (glej Weinstein 1982: 270). Osrednji motiv *Azilov* je torej mortifikacija jaza, proces, ki so ga znikale takratne empirične raziskave 50-ih, 60-ih in 70-ih let 20. stoletja, kar drži tudi danes. Te so pokazale, da se pacientova samopodoba in socialna identiteta med hospitalizacijo izboljšata ali ostaneta nespremenjeni (Weinstein 1982). K temu vsekakor pripomore pacientovo razumevanje bivanja v psihiatrični bolnišnici kot začasnega bivanja.

Večina pacientov ne gleda nase kot na duševne bolnike, zato ti hkrati sodelujejo pri organizaciji bolnišničnega življenja ali se poslužujejo tudi manipulativnih strategij, s katerimi lahko vplivajo na čas odpusta iz bolnišnice, saj je bila ta za mnoge rešitev pred slabo socialno situacijo. Nekateri pacienti se s težavo vračajo v domače okolje, ker je to zanje prostor emocionalnih, medosebnih in ekonomskih problemov. Nekateri izmed njih so v hudi stiski, saj doma nimajo več.

Ma z mojo sva se nonstop kregala, tako da doma nimam podpore ... Zato sem se tudi odloču, da bom za vikende v bolnici. Tu sem miren, mam mir. Domov nisem

hotu it, tako da se je V. [psihiatrinja; op. a.] odločila za srečanje z mojo [ženo; op. a.] v bolnici ... da ji bo pojasnila nekatera moja obnašanja in kako je bit bolnik, ker drugače ne gre ... sploh ne vem, če [zaradi dolgov; op. a.] stanovanje sploh še mam ... zato je tako z ženo, je dejal David.

David je bil že večkrat hospitaliziran v bolnišnici in je vsakič, preden je odšel domov, zavil v gostilno, kjer si je nabiral pogum z alkoholom. Le tokrat ga v gostilni ni bilo nikoli, saj je bolnišnici začel pripisovati domačnost, ki je v njegovem domu ni bilo. David je postal s svojimi »posebnostmi« *primer spreobrnjenca*, ki je prevzel nase pogled in jezik osebja, obratno od Matije, ki je namenoma izzival zaposlene in redko sodeloval pri dejavnostih psihiatrične bolnišnice, čemur pravi Goffman (1961) *linija nespravnosti*. David mi je povedal, da so nekatere pacientke in pacienti kršili pravila institucije ter so tu pa tam na prostih izhodih v mesto popivali ter prinašali alkoholno pijačo v bolnišnico. Kdaj pa kdaj naj bi se na glavnem vhodu v bolnišnico, »na postaji«, vohalo tudi travo. Ti primeri *kolonizacije* so nekakšni zmanjševalci napetosti, ki jo povzroča življenje med zaprtostjo prostora in »svobodo«, ki ni (še) dosegljiva. Pri nekaterih se ta napetost odraža s fizičnim in psihičnim umikom od bolnišničnega življenja, ki ga v bolnici obravnavajo kot *regresijo* (Goffman 1961; Flaker 1998: 32-3).

Prilagoditev posameznika na življenje v psihiatrični bolnišnici se tesno prepleta z modifikacijo identitete, ki jo izgrajujemo s samopripovedjo. Nekateri avtorji so prepričani, da na koncu procesa postanemo to, o čemer smo pripovedovali, in sicer žive avtobiografije, katere je bolje ne omejevati in reducirati na edino različico. Pomembno je obdržati osebno kontinuiteto, ki jo omogoča ravno pluralnost pripovedi (Sacks 2009: 150-1; Urek 2008: 74-5).

Ko sem prvič prisostvovala na skupinski psihoterapiji, sem se mogla na kratko predstaviti. Na prvi pogled nisem vedela, kaj naj bi točno povedala o sebi neznancem, zato sem se predstavila uradno; povedala sem ime in od kod sem. Hkrati sem se zavedala, da je v meni množica podatkov, ki jih nisem še nikoli, razen v redkih življenjepisih in esejih, povezala v celoto. Torej predvidevam, da sebe ne poznam, kot bi se morala ... ampak po čigavih merilih? se je spraševala Nina.⁴⁰

⁴⁰ Ramšakova (2003) pravi, da kadar posameznik drugemu pripoveduje o svojem življenju, v katerem prepoznamo skupne elemente, motive in probleme, ga mora najprej razčleniti (Ramšak 2003: 34). K razumevanju lastne življenjske zgodbe lahko pripomore pisanje dnevnika, ki posamezniku omogoča poglobljeno razmišljanje o sebi.

Doživljajska preteklost je dinamična in se spreminja v skladu s sedanostjo, katera je v Nininem primeru začasno bivanje v totalni instituciji. Biti zmeden znotraj institucionaliziranega okolja ni redkost, saj dobijo bolniki z diagnozo novo identiteto – identiteto duševnega bolnika, ki jo morajo testirati na lastni koži, kar je včasih boleče.

Ustvarjanje narativnega reda nam osmišlja življenje in nam daje možnost občutenja časa, ki smo ga živeli. S samopripovedjo izgrajujemo lastno identiteto in se z mislimi usmerimo v prihodnost, kjer na koncu postanemo to, o čemer smo pripovedovali. Če se posameznik omejuje le na eno in isto avtobiografijo lahko način povzroči osebnostne motnje, saj s tem identiteti preprečimo njeno fluidnost, posamezniku pa odvzamemo občutek za osebno kontinuiteto, ki mora biti dosežena na avtonomen in svoboden način (Urek 2008: 77-8).

Teorija etiketiranja (*labeling*) temelji na osnovi, da ljudje, ki jih označujemo kot deviantne in se z njimi obnašamo, kot da bi bili deviantni, posledično postanejo taki. Simptomi bolne osebe so že sami po sebi videni kot odstopanje od družbenih norm, saj naj ne bi bilo normalno na primer srkati kave in si misliti, kako za sosednjo mizo nekdo beleži tvoje misli. Ko je kršenje norm pogosto, težje vrste in na očeh javnosti, obstaja velika možnost, da bodo posamezniki javno in formalno označeni kot deviantni ter bodo zato usmerjeni k zdravljenju – (primer Matije in bobnanja v lokalni cerkvi). Na podlagi njihove oznake pacienti prejema različne tretmaje, katere spremljajo stereotipi o duševno bolnih, kot je na primer stereotip o njihovi nevarnosti (Thoits 2003: 135). Hospitalizirani pacient tako spoznava subkulturo duševnih bolnikov oziroma se uči vrednot deviantnega sveta, tako da se znotraj varnega sveta bolnišnice identificira z vlogo pacienta in se prične gibati v začaranem krogu simptomov; te lahko kaže navzven s svojim obnašanjem in hkrati tudi pričakuje, da mu jih bodo pripisali. Tako se začne posameznikova *deviantna kariera* (Thoits 2003), ki jo je omogočila družba z odklonom drugačnosti.

Ko sem svoje sogovornike vprašala, ali se kdaj sprašujejo, kaj psihiatri beležijo v njihove kartoteke, so mi odgovorili, da z majhnim zanimanjem, dokler se ena izmed pacientk, Nina, ni odločila, da bo po zdravljenju zaprosila za svojo zdravniško kartoteko. Pogled v anamnezo je utemeljila z željo po vedenju čim več o sebi v obdobju hospitalizacije, o procesu, v katerem so bili udeleženi vsi, od medicinskih sester, delovnih terapevtk do

psihiatrov ter do njenih domačih. Kljub temu da je vsak pacient opravičen do kopije zdravniškega kartona, je tudi bolnišnica opravičena do cenzure nekaterih vsebin, ki bi lahko po presoji kolegija pacientu škodile. Namen tovrstnih spisov naj bi bilo beleženje simptomatično pomembnih dogodkov, ki bi jih »zdravi laiki« lahko opisali kot nemoralna, nora, impulzivna, otročja in podobno (glej Urek 2008). Zdravniška kartoteka vsebuje dokumente, zapisane v zdravniškem žargonu in v jeziku pacienta, saj psihiatri radi navajajo pacientove citate, zlasti v obdobju akutne bolezni, ko skušajo s sugestivnimi vprašanji vplivati na vsebino bolnikovega mišljenja in ga s tem usmerjati k realnosti.

Nekateri kritiki totalnih institucij so mnenja, da so v bolnišničnih zapisih pacienti zreducirani na nivo objekta. Predstavljeni so kot nesposobni, nezmožni, neprimerni, vodljivi ali nevodljivi, neodgovorni, nekritični do bolezni, pasivni in bolni. Pacient naj bi se ujel v rutino izničevanja svojih zgodb, rekonstrukcij zgodbe in ponovnega izničevanja zgodbe. Z jemanjem anamneze naj bi psihiatri izpuščali izkušnje pacienta ter jim s tem odvzeli moč, njihovo zgodbo in znanje (Urek 2008: 82-3).

Po treh tednih od oddaje pisne prošnje predstojniku psihiatrične bolnišnice je Nina dobila kopijo lastne kartoteke, dolge le šestnajst strani. Povedala mi je, da je vpogled v zdravniško kartoteko s strani pacientov izjemno redko, postopek pa hecen, saj je Nina v oddani prošnji za vpogled v dokumentacijo pooblastila samo sebe.

Kopija zdravniške kartoteke je bila razdeljena na dva dela: na prvi sprejem (ženski zaprti oddelek) in na drugi sprejem (psihoterapevtski oddelek). V prvem in drugem delu zdravniške kartoteke so opisi Nininega obnašanja, somatskega stanja, fizičnega stanja, šifrirane diagnoze in terapije. V opisih prvega sprejema se nanjo psihiatrinja nanaša brez zaimka v tretji osebi (ona), medtem ko se psihiatrinja psihoterapevtskega oddelka nanjo nanaša z gospodična. Nina mi je povedala, da je osebje paciente bolje poznalo po priimkih, psihiatrinji pa sta se pri vizitah in na psihoterapevtskih skupinah nanjo obračali z imenom. Uporaba neosebnihih pojmov v govoru kot so klient, uporabnik, bolnik itd. so pogosti načini, s katerimi se prepreči preveč »investicij sebstva« na obeh straneh (Nastran Ule 2003: 142), kar omogoča čustveno nevtralnjšo komunikacijo.

Po Nininih besedah je iz dokumentov njene psihiatrične kartoteke razvidna svoboda razmišljanja v sklopu postavljenih vprašanj in svoboda govora, saj je na pričetku kartoteke moč zaslediti nekaj logično nepovezanih citatov pacientke. V času, ko ni zmogla urejenega pogovora, so ji bila postavljena vprašanja, kot so, ali ve, kje se nahaja in zakaj je v bolnišnici, spraševali so jo, kako se počuti in od kdaj ima določene simptome ter kaj si misli, da je z njo narobe. Po besedah psihiatrinje je Nina opisovala »derealizacijske, deja vu fenomene, prisotne so bile vidne, slušne in cenestične zaznavne motnje«.⁴¹ Zaradi interpretativno-nanašalne blodnjavosti ni mogla tudi vzdrževati pozornosti na temi pogovora. Iz zdravniške kartoteke je razvidno, da je postopoma postajala vse bolj »konstruktivna« in »distancirana od pretekle blodnjave simptomatike« (osebna komunikacija; op. a.). Premik od njenih prepričanj je potekal spontano in pa tudi s pomočjo medikamentozne terapije in psihoterapevtskih metod.

Pogovorom je bilo težko slediti. Motili so me tudi sočasni govori drugih oseb, ki so mi dodatno zmanjševali koncentracijo. Doživljala sem nekakšen občutek izven telesa, kot da bi se nahajala, kjer fizično sem, in hkrati, kjer je potekal dialog drugih ljudi. Zato tudi nisem mogla bit osredotočena na sogovornico. Verjela sem, da lahko nekateri ljudje vplivajo na moj miselni tok in s tem na mojo sedanost in prihodnost.

Postopoma so te misli postajale nerealne, hkrati pa se je zavedala, kako realne so lahko blodnje, ki po Nininem mnenju kažejo realnost iz druge perspektive:

Je sploh možen pogovor brez medsebojnega vplivanja?

Obdobje inkubacije bolezni

Posameznik se v obdobju pred hospitalizacijo, v predbolnišnični fazi (Goffman 1961), počuti odtujenega od samega sebe, evforičnega ali apatičnega, dezorganiziranega, nezaupljivega, sumničavega, popolnoma nebogljenega in podobno. Ti občutki se

⁴¹ Pri cenestičnih zaznavnih motnjah gre za občutenja znotraj telesa, na primer za iracionalni občutek primanjkovanja notranjega organa. O podobnih motnjah pripoveduje Sacks (glej 1995; 2009). Ko je omenjeni še študiral medicino, je priskočil na pomoč pacientu, ki je v bolnišnični postelji, tako je sam pravil, zagledal njemu tujo, odrezano nogo. Vrgel jo je iz postelje, nato pa je še sam padel iz nje. Kljub prigovarjanjem, da je noga, ki jo vidi in od katere se grozi, njegova, nevrologu ni verjel oziroma je menil, da se negovalno in zdravstveno osebe iz njega norca brije, saj naj bi bili ti opiti, kajti bilo je silvestrovo (Sacks 2009: 83-5).

nadaljujejo tudi v času hospitalizacije, dokler se s terapijo ne stabilizirajo akutni simptomi. V primeru bolnišničnega zdravljenja je liminalnost, ki je vmesno stanje med stabilnima situacijama, latentno prisotna v predbolnišnični fazi in v fazi odpusta iz bolnišnice, zaradi česar je stabilnost obeh omenjenih faz in s tem zdravja vprašljiva. Opisani bolezenski proces posameznika, ki se prične že pred hospitalizacijo, preden omenjeni postane pacient, bom zato imenovala *obdobje inkubacije*, obdobje po *liminalnosti* pa *latentna postliminalnost*.

V obdobju inkubacije se bolnik pogosto ne zaveda, da je bolan. Nino je splošni zdravnik napotil v psihiatrično bolnišnico z napotno diagnozo akutne psihotične motnje. Bila je nezaupljiva in ni imela nadzora nad miselnim tokom, ki je bil »disociiran«, prisotni so bili tudi »miselni bloki« in »dereistično vedenje⁴²« (osebna komunikacija; op. a.).

Prepričana sem bila, da težav, ki sem jih doživljala v zadnjih letih, ni bilo in da so mi vse ovire priredili in zaigrali ljudje iz mojega rojstnega kraja. Verjela sem, da ima moje mesto [zaradi anonimiziranja izpuščam imena krajev; op. a.] resen problem, da ljudem škodijo vračarji, ki jim vstavljajo v glavo vse možne neumnosti, in da sem posredno zato tudi jaz žrtev /.../ Bolela me je glava in telo je bilo težko. Od neprespanih noči – (spala ni 5 dni; op. a.) – so me pekle oči, a najhuje je bilo prenašati občutek dvoma, ko nisem vedela, kdo točno sem in kakšna je moja zgodovina. Vsak bi me lahko takrat prepričal v to, kar je hotel.

Za podobno interpretativno-nanašalno blodnjavostjo je trpela Katja. Katja je dvajsetletno dekle, kateri je bila prav tako diagnosticirana shizofrenija. Preden je zbolela, je študirala v Ljubljani, kjer jo je »zaneslo«, da je preveč žurala, eksperimentirala z drogami in alkoholom ter tako postavila študij na stranski tir. Ker je začela slišati glasove, je verjela, da ima posebno danost, ki jo mora razvijati.

Bala sem se za svoj 'dar'. Mislila sem, da me zaradi tega hočejo ubiti. Z njim naj bi znala brat misli in komunicirat telepatsko. Tako sem si začela mislit, da vem preveč stvari in sem zato za druge nevarna. Bila sem prepričana, da doma niso na moji strani in da me hočejo zastrupiti s hrano. Začela sem se bat zase, jedla nisem nič. Tako sem zgubila skoraj 20 kil.

⁴² Dereistično vedenje je oblika paralogičnega mišljenja, ki spominja na arhaične oblike razmišljanja, pri katerih ni logičnega razločevanja med pojmi (Zalokar 1985: 14).

Katja se ni več počutila varne nikjer, zato je začela spati v rekreacijskem parku, kjer so bile povsod postavljene kamere. S tem se je potolažila, da bodo tisti, ki naj bi jo preganjali in ji želeli zlo, posneti. Zgodilo se je tudi, da je za več dni izginila, zato so se njeni starši in prijatelji obrnili na pomoč k policiji. Ko ni trpela za preganjavico, je ogromno časa spala, tudi po cele dneve. Ko je bila hospitalizirana v psihiatrični bolnišnici, se je zbala, da jo bodo evtanazirali, saj ji je medicinska sestra rekla, da je »vse *enkrat zadnjič*«, kar je bil za Katjo znak, da jo bodo usmrtili.

Vzroke za duševne bolezni so družboslovne, humanistične in naravoslovne znanosti opredelile na različne načine. Zatorej bi lahko govorili o kulturah duševnega zdravja in ne le o duševnem zdravju posameznika in skupnosti. V Tylorjevi definiciji kulture (v Keesing 1981) je zaslediti primanjkljaj. Kulturo enači s civilizacijo in jo definira kot kompleksno celoto, ki obsega »znanje, verovanje, umetnost, pravo, običaje ter katerekoli druge sposobnosti in navade, ki jih pridobi človek kot član družbe« (Keesing 1981: 68). Človek kot član družbe si je skozi stoletja pridobil tudi znanje o boleznih in njihovem zdravljenju, kar se uvršča med sposobnosti in znanje človeka, ki so imeli daljnosežne posledice. Čemu torej definicija kulture ne vsebuje pojma zdravja, zdravljenja ali medicine? Mar ne spadajo ti pod posebej pomembne in vredne omembe »sposobnosti in navade, ki si jih pridobi človek kot član družbe« (Keesing 1981: 68)?

Definicija kulture je zajela medicino v pravno kategorijo kot politični konstrukt zahodne civilizacije, katere uradni medicinski sistem – biomedicina – je najbolj priznan in razširjen po svetu (glej Kleinman 1980; Joralemon 1999). Samostalni medicini je zajet tudi v kategoriji verovanja, če vzamemo v obzir tudi ljudsko in alternativno medicino in pod umetnost v primeru plastične kirurgije in drugih čudežev sodobnih transplantacij. Zatorej o medicini, zdravju in boleznih govorimo lahko kot o konstruktih kulture, kjer radi zanemarjamo njeno pluralnost in poudarjamo njeno popularizirano obliko, zahodnjaško obliko medicinske prakse.

Na podlagi historičnih in sistematičnih analiz bolezni in bolezenskih praks se je razvil temeljni paradigmatški okvir antropologije zdravja, ki sloni na predpostavki, ki jo je vredno ponoviti, da sta zdravje in bolezen kulturna konstrukta, njune manifestacije pa del

kulturnih vzorcev določene družbe (glej Kleinman 1980). Kleinman (povzeto po Lipovec-Čebren 2008) skozi razlagalni model pokaže, da je bolezen potrebno razumeti kot vrsto razlage. Soočil je zdravnikovo in bolnikovo dožemanje bolezni, s čimer je ugotovil, da gre pri zdravniku za znanstveni model razlage z izvorom v klinični izkušnji, pri pacientu pa gre za partikularni model razlage, ki izhaja iz pacienta samega in iz njegovega družbenega konteksta. Razlagalne modele je tako potrebno razumeti kot kulturno pogojene interpretacije bolezni, pri čemer je kultura sredstvo in orodje ter osnova za njen obstoj (Lipovec-Čebren 2008: 58).

Transkulturne psihiatrične raziskave, ki so se začele uveljavljati proti koncu 70-ih let 20. stoletja (glej Zaviršek 1993: 39), so pokazale, da se kulturno določeni koncepti normalnosti in nenormalnosti danes pogosto vežejo na rasistične predsodke, razredne neenakosti in spol. Ravno v ta čas je postavljena pomembna ločnica, ki je zaznamovala uveljavitev novih konceptov na področju kulturnih modelov bolezni in zdravja v različnih družbah, ko je Kleinman leta 1977 postavil pod ostro kritiko patološke kategorije evroameriške populacije, ki jih je diskriminatorno aplicirala na vse populacije in tako zanemarjala tuje kulturne vzorce, kar je poimenoval *kategorialna zmota* (Kleinman v Lock 2003: 263).

Za posameznikovo zdravo preživetje je ključen koncept prilagoditve socialnemu, političnemu in moralnemu redu (Lock 2003: 259). Vendar zakaj in čemu se mora posameznik prilagajati določitvam lastne kulture, da lahko doseže duševno ravnovesje in po mnenju koga je to prilagajanje kulturno optimalno? Kaj je z našo kulturo narobe, da ravnotežja posameznik ne more doseči spontano? In kaj se lahko zgodi subjektu, če se neprestano prilagaja normam določene kulture?

Normalno in patološko sta kulturna konstrukta, ki sta tesno povezana z družbenimi, političnimi in ideološkimi sistemi. V 19. stoletju nastane prva povezava med normalnim in patološkim ter boleznijo. Takrat pridejo do ugotovitve, da se zdravje in bolezen razlikujeta le po intenzivnosti in ne v načelu. Pojem normalnosti tako vsebuje pojem povprečja in idealnega stanja, h kateremu moramo stremeti (Nastran Ule 2003: 29-30). Nastali normativni okviri povzemajo in idealizirajo predstave in vrednote srednjega razreda oziroma idealizirane vsebine bolj izobraženih mlajših in zaposlenih ljudi, ki jih želi

ideologija razširiti na celotno družbo. S tem se pojavijo nove stiske pri tistih, ki zahtevam kulture ne morejo ustreči (prav tam: 47-8).

Tako kakor kulture potrebuje subjekt za prepoznavanje svoje zrcalne podobe in tvorjenje kognitivne raprezentacije socialnega sveta Drugega, s pomočjo katerega se vrši razcep na jaz in nejaz, kar poteka le skozi samoodtujitev (Nastran Ule 1992: 19). Doprinos tega je najvišji kognitivni rezultat, znanje, ki nam omogoča razumeti objektivno, čeprav kontradiktorno stvarnost, katere del smo sami.

Posameznik je v dobi pozne moderne, v dobi napetosti med različnimi ambivalentnostmi pluralizirane družbe, postal fragmentirano bitje izbir. Znotraj spremenljive družbene strukture mu je dano mnoštvo možnih izbir in z njimi povezane odločitve ter posledice tveganja, ki jih ne more v celoti predvideti in nadzorovati. Kljub temu posameznik kot aktivni član globalizirane družbe⁴³ ni vdan v svojo usodo (navajam po Podgornik-Pulec 2014). Njegova aktivnost mu omogoča vplivanje na družbo, ki nato tudi sama vpliva na njega z nejasnostjo njegove fluidne identitete in neprestanim ovrednotenjem družbenega življenja.

V fleksibilni pozno moderni družbi se kot osrednji problem človeka pojavljata individualizacija in pluralizem, katerih skupni imenovalac je demokratizacija. Središče dogajanja pozne modernosti tako postane jaz, družba pa orodje, ki posamezniku omogoča oblikovanje individualnega življenja (Podgornik-Pulec 2014). Znotraj družbe so medosebni odnosi površinski, sistemi vrednot in razlag pa relativizirani in kot taki posamezniku ne morejo nuditi občutka varnosti in pripadnosti, ki je nujen za oblikovanje trdne identitete. Tako identiteta subjekta postane »skranka« nepovezanih življenjskih zgodb, kjer se identitete v svetu nepredvidljivih situacij neprestano spreminjajo in sestavljajo.

Na osnovi sprejetih informacij, kjer gre za omejen proces dekodiranja, konstruiramo kompleksen, subjektivno predelan svet, kjer kot kulturna bitja živimo v lastnem kognitivnem rezultatu (Nastran Ule 1992: 58). Znotraj kulture si njeni člani in članice delimo paleto kondicioniranih dogovorov, kot so kulturne določitve normalnega in

⁴³ Muršič (2000) enači globalizacijo s prevaro, saj ta, kljub geslu sožitja narodov in kulture strpnosti, pospešuje notranjo diverzifikacijo in drobljenje, ki ju koordinira navidezni, na kolektivnem verjetju utemeljen megasistem (2000: 484).

deviantnega, kar vpliva na »klinično podobo in na načine prepoznavanja bolezni, njenega etiketiranja in njene celotne obravnave kot socialne in klinične realnosti« (Zaviršek 1993: 39).

Po mnenju nekaterih je bolezen zgolj metafora⁴⁴ (Sontag v Nastran Ule 2003: 76), preko katere posredno govorimo o družbi in o naših odnosih do nje. Slednja ima pomembno vlogo pri procesih zavračanja in izključevanja, kjer sama po sebi predstavlja razlog za drugost. Premik normalnega in patološkega iz klinične v politično sfero je povzročil Comtev (povzeto po Lock 2003: 261) pojmovni pogled, v katerem »normalno preneha biti običajno stanje zdravja in postane rafinirano stanje, h kateremu moramo težiti in h kateremu se nagibajo naše energije«. *Svetovna zdravstvena organizacija* definira duševno zdravje kot:

stanje dobrega počutja, v katerem posameznik uresničuje svoje sposobnosti, normalno obvladuje stres v vsakdanjem življenju, svoje delo opravlja produktivno in je sposoben prispevati k skupnosti, v kateri živi. (SZO 2011)

Zdravje definira kot stanje fizičnega, psihičnega, socialnega in ekonomskega blagostanja in ne samo kot odsotnost bolezni in nesposobnosti. Glavni primanjkljaj te definicije je njena statična narava, saj zdravje opiše kot stanje in ne kot proces, njena novost pa je, da poleg biološke in psihološke komponente vključi socialno sfero, na kar je po vsej verjetnosti vplival takratni razvoj socialne medicine. *Zakon o duševnem zdravju* (ZDZdr 2008) definira duševno zdravje kot stanje (ponovno!) posameznika oziroma posameznice, ki se kaže v njegovem mišljenju, čustvovanju, zaznavanju, vedenju ter dojemanju sebe in okolja. Duševno bolezen zakon definira biološko, s fragmenti sociološke perspektive, in sicer kot začasno ali trajno motnjo v delovanju možganov, ki se kaže kot spremenjeno mišljenje, čustvovanje, zaznavanje, vedenje ter dojemanje sebe in okolja (ZDZdr, Uradni list RS št. 77/2008). Oseba z duševno motnjo se je zaradi njenega deficita manj zmožna aktivno vključevati v svoje okolje. Njen deficit so po zakonu torej drugačno mišljenje, čustvovanje, zaznavanje, vedenje in dojemanje. Zakon nam nikjer ne pove, kako bi se morali na primer obnašati ali kako naj dojemamo stvari. Pove le, da se osebi, ki zaradi zdravstvenih razlogov ogroža svoje življenje in življenje drugih, hudo ogroža svoje zdravje ali zdravje

⁴⁴ Mišljene so kolektivne predstave o bolezni, v katere se ujemajo tako zdravi kot bolni ljudje, s katerimi se lahko oddaljujemo od realnega doživljanja bolezenskega stanja.

drugih, povzroča hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim, omeji gibanje, hkrati pa zagotavlja, da se pri obravnavi osebe zagotovi varstvo njenega osebnega dostojanstva ter drugih človekovih pravic in temeljnih svoboščin (ZDZdr, Uradni list RS št. 77/2008). Ker naj duševno bolna oseba ne bi bila sposobna jasne presoje, vsaj v akutni fazi bolezni ne, se tej omeji gibanje po presoji njenih bližnjih, ki se na ta način lahko (preventivno) zavarujejo pred drugačnostjo in diskreditacijo.

V Parsonsovi definiciji zdravja (povzeto po Nastran Ule 2003: 76) je razumeti bolezen kot splošno motnjo v posameznikovih sposobnostih za učinkovito opravljanje socialnih vlog, medtem ko je Canguilhem definiral zdravje kot občo preventivno in biološko celoto, in sicer kot »celoto varnosti in zavarovanj, varnosti v sedanjosti in zavarovanj v prihodnost« (Nastran Ule 2003: 34). Dejal je, da obstaja »psihološka gotovost, ki ni domišljavost, kot obstaja tudi biološka gotovost, ki ni nezmernost, temveč zdravje« (Nastran Ule 2003: 34). Govor o bolezni in o zdravju je torej družben govor, saj pri opredelitvi bolnega in zdravega uporabljamo družbene kriterije, kot je na primer dihotomija vključenost-izključenost, ne pa naštevanje simptomov in telesnih procesov.⁴⁵ Pacienti opisujejo zdravje kot ravnovesje,⁴⁶ ki ga spremlja občutek fizičnega kot psihičnega dobrega počutja, zaradi katerega lahko uspešno opravljajo delo in socializirajo z ljudmi (glej Adam in Herzlich 2002: 41).

Nekatere definicije duševnega zdravja so tako obširne, da zamenjava besede *duševno zdravje* z na primer *glasbenim ustvarjanjem* še vedno ohrani logičnost teksta. Poglejmo najprej primer take definicije, ki duševno zdravega posameznika definira kot avtonomnega in sposobnega konkretnega sodelovanja z ljudmi: duševno zdravje je uresničevanje razvojnih, intelektualnih in čustvenih potencialov. Opredeljeno je tudi kot »kompleksno in dostikrat neopazno ali neprepoznavno počutje, delovanje in življenje v odnosih in kot globalna blaginja posameznika« (Erznar 2007: 36).

⁴⁵ Duševna bolezen se nanaša na duševne motnje, za katere so značilne spremembe v mišljenju, razpoloženju in vedenju. Mnoge družbe razumejo bolezen kot kazen, kjer je ta sinonim za nepravilno vedenje, ki je v nasprotju z obstoječimi družbenimi normami. Tovrstna oblika družbene kontrole obstaja v številnih tradicionalnih etiologijah, ki vzdržuje moralni in družbeni sistem določene skupnosti (Lipovec-Čebren 2008: 48).

⁴⁶ Predstava o zdravju kot o ravnovesju ustreza analizi Canguilhema (v Adam in Herzlich 2002), ki je definiral zdravje kot normativni pojem, ki presega samo telesno stanje. Posameznik lahko doživlja bolezen kot uničevalno, če zaradi nje izgubi prejšnje aktivnosti in s tem prejšnjo identiteto. Lahko pa jo doživlja kot osvoboditeljico, če vidi v njej priložnost bega od utesnjujoče družbene vloge, tako da preko bolezni prične odkrivati »pravi smisel življenja«. V tem primeru postane boj z boleznijo središče njegovega življenja in osnove za vključitev v družbo (Adam in Herzlich 2002: 41).

Če se poigramo z zgoraj povzeto Erznarjevo (2007) definicijo duševnega zdravja tako, da zamenjamo izraz duševno zdravje z glasbenim ustvarjanjem, potrdimo domneve, da je duševno zdravje obsežni koncept:

Glasbeno ustvarjanje je uresničevanje razvojnih, intelektualnih in čustvenih potencialov. Opredeljeno je tudi kot kompleksno in dostikrat neopazno ali neprepoznavno počutje, delovanje in življenje v odnosih in kot globalna blaginja posameznika. Glasbeno kreativen posameznik je viden kot avtonomen in s sposobnostjo konkretnega sodelovanja z ljudmi.

Duševno zdravje, ki je dandanes sestavni del javnega zdravja, je, kot že rečeno, širok koncept. Pozitivno duševno zdravje je na primer dober odnos do sebe in drugih, uspešno soočanje z izzivi, pozitivna samopodoba, občutek moči in podobno. Negativno duševno zdravje so seveda duševne bolezni, za katere letno zboli več kot desetina Evropejcev (Jeriček Klanšček 2009). Tu je potrebno biti pazljiv. Če negativno duševno zdravje predstavlja zgolj prisotnost duševne bolezni, imamo potemtakem opravka s simplicistično definicijo duševnega zdravja, ki pripomore k popularizaciji predsodkov in stigem.

Razlika med duševnim zdravjem in duševno boleznijo naj bi bila v dejanjih, ki so pri duševno bolnem posamezniku lahko moteča za okolico, posameznik pa jih zaznava kot prepreko v svojem funkcioniranju. Duševno zdrav in duševno bolni posameznik se med seboj razlikujeta po zmožnostih za opravljanje intenzivnih (dolgotrajnih) aktivnostih, v načinih in po prostorih udejstvovanja, če vzamemo v obzir njegovo hospitalizacijo ali kronično bolezen in takratno nemoč, da bi lahko deloval samostojno, tako da se potencialna definicija duševne bolezni glasi:

Akutna duševna bolezen predstavlja oviro in omejitev v uresničevanju razvojnih, intelektualnih in čustvenih potencialov posameznika. V času njene inkubacije je duševna bolezen opredeljena kot kompleksen in večinoma neopazen ter neprepoznaven – latentni proces, ki botruje k posameznikovemu spremenjenemu mišljenju, počutju in delovanju v skupnosti, kateri pripada in h kateri prispeva. Kronična duševna bolezen predstavlja oviro v posameznikovi avtonomiji in v njegovi sposobnosti konkretnega sodelovanja z ljudmi. Njegova funkcionalnost je

zaradi kronične bolezni ogrožena in kot taka omaja njegov doprinos k osebnemu in družbenemu blagostanju.⁴⁷

Če bi bila ločitev med duševno zdravim in duševno bolnim posameznikom jasna, bi se pri mnogih bolnikih preprečil razvoj bolezni že v stanju njene inkubacije, vendar temu zelo pogosto ni tako, saj jo posameznikovi bližnji pogosto zamenjujejo z reakcijami, povezanimi s pomembnejšimi in kot takimi stresnejšimi življenjskimi procesi ali vplivnejšimi dogodki na človekovo psiho, ki dajo latentni bolezni možnost za njeno manifestacijo. Na primer socialni umik in posameznikovo zadržanost v obdobju pubertete se pogosto zamenjuje z negativnimi reakcijami, tipičnimi za obdobje odraščanja, in ne z manifestacijo negativnih in/ali pozitivnih bolezenskih simptomov.

Nekateri avtorji so mnenja, da se duševno zdravje zdrave osebnosti kaže v oblikah zrelosti, kot so umska, socialna, čustvena, moralna, osebna zrelost, zrelosti v spolnem in družinskem življenju, v ekonomskem, poklicnem in družbenem življenju ter zrelost v oblikovanju načina življenja (Požarnik 1978: 67). Kako in s čim se določi in meri tovrstna zrelost žal ni pojasnjeno, ampak je vsekakor povezano z normativnimi določitvami kulture, kjer je nekonformnost družbeno sankcionirana, saj je družbeno zaželeno odvisno od stopnje kulture, ki jo družba sama zapoveduje in želi doseči. Tem merilom lahko nismo kos, kar sproži dodatno anksioznost pri poizkusih doseganja družbenega standarda.

Duševne motnje vse bolj zaznavamo kot družbeno breme, ki dramatično znižuje kakovost življenja. Bolezen ne predstavlja zgolj bremena posamezniku, ampak tudi družbi, saj bolni posameznik v njej ne more biti učinkovit (Marušič in Temnik 2009: 10). Da bi se izboljšalo zdravje evropskega prebivalstva, je nastalo nekaj pobud na ravni EU, in sicer *Deklaracija in akcijski načrt za področje duševnega zdravja v Evropi* (2005), *Zelena knjiga za*

⁴⁷ Kljub posameznikovi nezaposlenosti omenjeni vseeno prispeva k skupnosti, zlasti na področju informiranja in umetniškega udejstvovanja. Med boleznijo je posameznik odvisen za preživetje od denarne socialne pomoči in/ali od finančne podpore družine. Njegova hospitalizacija predstavlja za državo strošek. Na tej točki se pogosto izpušča dejstvo, da je oblika socialne pomoči povratne narave, saj posameznik lahko dolg iz socialne pomoči poravnava v času življenja ali to storijo njegovi potomci. S tem je sporno vprašanje o posameznikovem prispevanju v državno blaginjo enačen s konstruktom nezaposlenega deviantnega posameznika, ki bremeni državno blagostanje. Skratka govorimo o problemu, ki hkrati obstaja in ne obstaja in kot tak vsebuje lastnosti liminalnosti. Od duševne bolezni imajo koristi vsi: od psihiatrov, terapevtov, medicinskih sester, strežnic, reševalcev in tako dalje do farmacevtov in farmacevtskih družb, kjer se vrtijo astronomski dobički od prodaje zdravil, ki so bistveno večji od finančne inertnosti, ki naj bi jo duševni pacient utelešal in proizvajal (osebna komunikacija; op. a.).

izboljšanje duševnega zdravja prebivalstva (2005), *Evropski pakt za duševno zdravje in dobro počutje* (2008) (glej Jeriček Klanšek 2009). Junija 2008 je bil sprejet *Zakon o duševnem zdravju*, prvi nacionalni dokument s področja duševnega zdravja, s katerim se je Slovenija uvrstila med evropske države, ki imajo to področje urejeno. Zakon je pomemben za krepitev in varovanje duševnega zdravja ter za destigmatizacijo duševnih bolezni in izboljšanje položaja ljudi z duševnimi težavami.⁴⁸

Duševne motnje vedno vodijo v stisko in prispevajo k bremenu bolezni ter povzročajo trpljenje in posameznikovo odvisnost od drugih. Poleg tega povečujejo socialno izključevanje in umrljivost, zmanjšujeta se enakost in socialna vključenost. Najvišje tveganje za prezgodnjo umrljivost, naravno in nenaravno, najdemo med odvisnostmi in motnjami hranjenja ter med tistimi, ki so že poskušali narediti samomor. Tveganje za nenaravno smrt je visoko tudi pri funkcionalnih duševnih motnjah, zlasti pri shizofreniji in depresiji (Marušič in Temnik 2009: 54).

Če na kratko povzamem, v družbi obstajajo pravila, ki skrbijo za to, da je naše obnašanje v skladu s kodom, in sicer z zakoni, svetimi teksti, s situacijskimi, societalnimi in kulturnimi normami. Deviantnost je v svojem bistvu lahko funkcionalna, kajti vsaka sprememba se začne z neko obliko kulturnega odstopanja, njena nefunkcionalnost pa se pojavi takrat, kadar je stopnja deviantnosti nenormalno visoka ali nizka (Pečar 1992). Največji vpliv na posameznike imajo kulturne norme, saj emocionalni odziv družbe na posameznikovo dejanje, obnašanje ali misli poskrbi za kohezijo skupnosti, za njeno stabilnost in napredek ter za ohranjanje moči. Vsakodnevna odstopanja, kljub morebitni šokantnosti, torej pripomorejo k ohranjanju stabilnosti, reda, kohezije in spremembe družbe. Na določeno vedenje se lahko odzovemo na različne načine, in sicer s strpnostjo, obsojanjem in izobčenjem ali s stigmatizacijo, ki ima za posledico socialno distanco.

Živeti liminalnost in latentno liminalnost

⁴⁸ Najpogostejši duševni motnji v Sloveniji sta depresija in anksioznost, najpogostejši razlog za hospitalizacijo pa je shizofrenija, pri kateri je hospitalizacija najdaljša. Druga dva pomembna javnozdravstvena problema sta alkoholizem in odvisnost od drog (glej Marušič in Temnik 2009).

V času tranzicije so izjemno pomembni obredi, ki vključujejo mentalno in fizično oslabitev posameznika. Namen teh obredov je manjša ali večja izguba spomina o obdobju, od katerega se novinec ločuje. V tem času se pogosto uporabljajo poseben jezik, obleke, prehrabeni in spolni tabuji (Van Gennep 1977: 71-2). Med obrede prehoda, kjer pridejo obredi tranzicije do posebne veljave, so poleg nosečnosti in iniciacije tudi romanja. Zapustitev mesta pomeni izstop iz normalnega življenja v prehodno obdobje, prežeto z omejitvami, ki jih zapovedujejo tabuji. Podobno je s statusom duševnega bolnika, ki je psihološko in socialno v kulturno »nenormalnem« položaju. Posameznik, ki trpi za duševnimi motnjami, lahko pride v bolnišnico prostovoljno ali zanj izdajo sodni ukrep. V vsakem primeru mora zapustiti svoje domače okolje, v večini primerov tudi kraj bivanja ter je za določeno obdobje nastanjen v bolnišnici, kjer osebje opravi somatsko in psihično kontrolo, določi diagnozo in postavi terapijo.

Duševni bolnik, ki se zdravi v psihiatrični bolnišnici, je ločen od svojega okolja in se nahaja v bolj ali manj dolgem položaju tranzicije. Obiskujejo ga »posredniki«, svojci in prijatelji, ki služijo kot mostovi med njegovim novim položajem in družbo zunaj bolnišnice, ki ga percipira kot (trenutno) izločenega. Posredniki so tisti, ki nevtralizirajo njegovo »drugačnost« in mu olajšujejo postopno fizično vrnitev v domače okolje, kar sovпада z njegovo »ozdravitvijo« oziroma z odpustom iz psihiatrične bolnišnice.

Na odprtih oddelkih je bilo v navadi, da so bolniki hodili vsak vikend domov, kar je bilo zaželeno tudi na psihoterapevtskem oddelku kot del terapije, so pravili moji sogovorniki iz psihoterapevtskega oddelka.

Tako so se pacienti že v času hospitalizacije – v liminalni fazi postopoma reintegrirali v družbo. Od tu dalje je ozdravitev odvisna od posameznika in od njegove neposredne okolice; ali bo slednji povratnik v psihiatrično bolnišnico (zaradi latentne prisotnosti bolezni in vzpostavitve faze latentne postliminalnosti) ali bo označen kot posameznik z izkušnjo duševne motnje oziroma z izkušnjo duševnega zdravljenja.⁴⁹

⁴⁹ Socialna podpora pacientu omogoča lažje spopadanje s svojim položajem. Njegov uspeh je tudi odvisen od moči vpliva okolice, kjer je pomembno ločiti med ožjim in širšim krogom ljudi (Adam in Herzlich 2002: 67). Poleg trdnosti, ki mu jo lahko nudijo njegovi domači, so pomembni tudi znanci, ki mu lahko pomagajo na primer pri zaposlitvi in se tako z njihovo pomočjo rešuje materialni položaj. Tod se bolni posameznik ali posameznik z izkušnjo duševne bolezni lahko obrne na skupine samopomoči, ki delujejo lokalno, kot so na primer koordinator v skupnosti in razna društva, ki pacientom in njihovim bližnjim pomagajo pri iskanju informacij o bolezni in o njenem zdravljenju.

V 60-ih letih so britanski raziskovalci spremljali način življenja kronično hospitaliziranih bolnikov, ki so bili po zaprtju oddelkov psihiatrične bolnišnice odpuščeni v domače okolje. V primerih, kjer je bilo okolje čustveno intenzivnejše, so se ti pogosteje vračali v bolnišnico. Potrebno je poudariti, da relaps ni vezan le na svojce, ampak je treba upoštevati, da so bolniki s shizofrenijo bolj občutljivi na čustveno vzdušje v kateri koli okolici. Bolnikova ranljivost naj bi bila posledica genetskih vplivov, porodnih poškodb, zapletov v nosečnosti in drugih dejavnikov (Žmitek 2015: 84-93). Kljub temu, da so znanstveniki ovrgli nekatere radikalnejše teorije, kot so teorija o shizofrenogenih materah, ki naj bi otroke porinile v norost (Žmitek 2015: 83), in teorijo o dvojni vezi⁵⁰ (Žmitek 2015: 86), so se v 60-ih letih raziskovalci orientirali po podobnih diagnostičnih testih. Tako je nastal kambervelški družinski intervju (*Camberwell Family Interview*) (Žmitek 2015: 84), s katerim so ocenjevali čustvene odnose in odzive svojcev ter izračunali indeks izraženih čustev. Tam, kjer je bila vrednost izraženih čustev visoka, je prišlo do ponovne okrepitve psihotične simptomatike. Negativni vpliv intenzivnejših čustvenih okolij raziskovalci povezujejo z modelom stres-ranljivost, ki naj bi se pri shizofrenih bolnikih izražali močneje.

Razkriti bolezen in po drugi strani o njej izvedeti lahko povzroči stanje izolacije novinca in pojav predsodkov, stereotipov in stigem s strani posameznikov strukturirane družbe. V slednji je moč zaznati spremembe, saj se njeni člani z bolnikom lahko obnašajo, kot da je njim popolnoma enak, bolan, nor oziroma tujec. Družba goji predvidevanja, kakšen bi lahko duševno bolni posameznik bil, s čimer ustvarja njegovo potencialno identiteto, ki je lahko v neskladju z njegovo dejansko identiteto (Goffman 2008). Zgodi se lahko tudi, da so lastnosti duševno bolnega posameznika neskladne z našim stereotipom o njem.

Ko sem prišla na zdravljenje na psihoterapevtski oddelek, sem si predstavljala vse drugače ... Mislila sem si, da bodo bolniki kričali, hodili in stali po hodnikih, jokali in se smejali brez razloga. Bala sem se. Ko sem prišla in spoznala nekaj pacientov, sem pomislila, da je ludnica zunaj in ne tu, je dejala Katja o psihoterapevtskem oddelku.

⁵⁰ Teorija o dvojni vezi (*double bind*) govori o patološki obliki komunikacije, kjer je sporočilo na enem komunikacijskem nivoju spremljano z nasprotnim sporočilom na drugem nivoju (Žmitek 2015: 83).

Stigme delno odražajo vrednostne sodbe trenutno dominantne skupine, saj tisti, ki imajo moč, vpliv in socialno kontrolo, lahko določijo, katere človeške razlike so v družbi zaželeno in katere ne. Proces stigmatizacije je tesno povezan z normami socialnega konteksta, katere določajo dihotomije normalno-nenormalno, moralno-nemoralno, zaželeno-nezaželeno, čisto-umazano in podobno. Stigmatizacija je torej posledica socialne primerjave, ki se razlikuje glede na kulturna in zgodovinska obdobja in pomaga ohranjati obstoječo družbeno hierarhijo (Coleman 1999: 199-200).

Goffman (povzeto po Nastran Ule 2003) pravi, da stigmatizirani šele s svojim vedenjem omogoča stigmatiziranje. Stigmo običajno spremljajo negativna čustva, ki dodatno prizadenejo posameznika in omajajo njegovo socialno kompetenco. Ponavadi je kronična bolezen ključni dejavnik za posameznikovo občutljivost do negativnih socialnih identifikacij in samodefinicij, ki ga potisnejo v položaj nedozorelega subjekta (Nastran Ule 2003: 88-9).

Ko posameznika diskriminiramo, pričnemo krojiti teorijo o stigmah, katere lahko duševni bolnik sprejme nase in se z njo poistoveti. Na tak način postanemo soustvarjalci njegovega iluzornega bremena. Zaradi strahu nestigmatiziranih posameznikov pred stigmo bolnika se ta prične sramovati, poniževati in sovražiti, kar omaja njegovo samopodobo. Kljub temu si bolnik želi pomanjkljivost odpraviti, kar je s primanjkovanjem osebnostne stabilnosti nemogoče. Ob uspehu se bolnik ne spremeni v novo osebnost, ampak v tistega nekoga, ki je madež le odpravil (Goffman 2008: 15-7). Prevezanje negativnih stereotipov in razvoj stigmatizirane identitete privede do nižjih akademskih dosežkov, anksioznosti, socialnega umika, depresije in podobno (glej Strbad, Švab, Zalar in Švab 2008: 482). Nekateri moji sogovorniki so dejali, da se pri nesporazumih njim bližji ljudje obnašajo drugače kot ponavadi. Če nastopi prepir in pacient povzdigne glas, je zanje že znak, da je z njim nekaj narobe, zaradi česar se ti izogibajo intenzivnejšim soočanjem.

Bolezen ima včasih tudi pozitivne koristi:

Doma me niso gnjavili za neke stvari, tako da sem lahko zabušaval, kar sem včasih izkoristil. Kdaj drugič sem se za to čutu krivega,« je dejal Matija.

Včasih bolezen povzroči umik, saj se duševno bolan posameznik zaveda, da je lahko deskreditiran, kar vodi v nazadovanje zaradi občutljivosti. Pojavi se pretirano samozavedanje in zavedanje drugega, ki se izrazi v »patologiji interakcije, tako da se posameznik najbolje počuti v skupini tistih, ki si z njim delijo njegovo stigmo, s katerimi formulira ideologijo članov skupine« (Goffman 2008: 29).

Ko so me sprejeli na zdravljenje v psihiatrično bolnišnico, sem se začela izogibati socialnim stikom, saj sem imela občutek, da je moja bolezen takoj opazna. Sprejela sem popularizirane stigme in se pričela videti in vesti kot tako, stigmatizirano.⁵¹ Družila sem se le z ostalimi pacienti, ki so se mi včasih zdeli bolj normalni in razumnejši od ljudi, ki sem jih poznala. Naučila sem se zamolčati, kje se trenutno nahajam in kaj počnem, saj sem bila mnenja, da je zdravje moja osebna stvar⁵², je dejala Nina.

O podobnem preobratu v *moralni karieri* (Goffman 1961) priča Ana, ki je svoji prijateljici dejala, da se nahaja na tedenskem obisku pri sestri, ki trenutno ni dobro.

Tako me je bilo sram priznati, da se zdravim v psihiatrični bolnišnici, da sem tudi sebi s težavo priznala, da sem psihični bolnik.

Izogibanje duševno zdravim ljudem je tipično za osebe, ki so tako ali drugače stigmatizirane. Po drugi strani pa bolj kot je posameznik s stigmo povezan s »perspektivo« o normalnih ljudeh, manj bo videl sebe v kategorijah stigme. Stranski produkt procesa normalizacije je morebitna pojavnost identitetne ambivalence (Goffman 2008: 97). Duševni bolnik zavestno ali nehote prekriva informacije o svoji pravi socialni identiteti, s čimer nadzira informacije o sebi.

Ko sem bil sprejet na dnevno terapijo, sem ljudem, [ki jih je srečeval v domačem okolju in okolišu; op. a.], pravil vse možno o sebi, vsakemu nekaj drugega, samo da

⁵¹ Posledica zunanje stigme je notranja stigma, ki se pojavi, ko duševno bolna oseba začne deliti splošna stigmatizirajoča prepričanja o duševno bolnih in se tako prične videti v negativni luči. Negativni odnos pričakuje tudi od okolice, zaradi česar se ji začne izmikati. Zaradi njenega spremenjenega obnašanja se posledično tudi drugi ljudje pričnejo od nje distancirati (Žmitek 2015: 89-90).

⁵² Rezultati raziskave *Univerzitetne psihiatrične bolnišnice Ljubljana in Oddeleka za družinsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani* so pokazali, da imajo duševni bolniki bolj stigmatizirajoč odnos do drugih ljudi z duševnimi boleznimi in izražajo visok odpor do svoje skupine. Poleg tega pripadnost stigmatizirani skupini duševno bolnih ponuja malo možnosti za socialno integracijo, zaposlitev in onemogoča dostop do drugih, bolj privilegiranih skupin (glej Strbad, Švab, Zalar, Švab 2008: 482).

sem se izognil dejstvu, da sem duševni bolnik, ki ga je potrjevalo predhodno bivanje v bolnišnici, kar je še huje, je dejal Žan.

Razhajanja med posameznikovo navidezno in dejansko identiteto vpliva na njegovo socialno identiteto, ki ima za posledico odrezanost od družbe in od samega sebe. Socialno izogibanje vpliva tako na posameznika kot na njegovo družino, druge sorodnike in prijatelje, ki so vpleteni v socialni proces (Coleman 1999: 207-8). Kljub temu med njimi obstajajo posamezniki, ki na duševno bolezen gledajo kot na bolezen, ki lahko prizadene vsakega in se obnašajo z duševnimi bolniki tako kot z ostalimi ljudmi. Posledično se tudi posameznik predstavlja kot navaden človek, ki ne skriva svojih primanjkljajev, s čimer se začne proces *normifikacije* (Goffman 2008). Na ta način stigmatizirani posamezniki dojemajo, da je njihova normalnost sprejemljiva kakor tudi normalnost nestigmatiziranih ljudi.

Stigmo ohranjajo ekonomske, psihološke in socialne koristi. Zdi se, da do stigmatizacije pride takrat, »kadar nezaželena drugačnost pripelje do določene omejitve fizične in socialne mobilnosti in dostopa do priložnosti, ki posamezniku omogočajo razvoj svojih potencialov« (Coleman 1999: 211). Zaradi tega se pojavi tendenca izolacije stigmatizirane osebe in mentaliteta, da obstoječa stigma ni problem kolektiva, ampak zgolj izoliranega posameznika. Slednji ni popolnoma pasiven, saj ima možnost, da sprejme svoj stigmatizirani položaj ali da nadaljuje boj za večjo integracijo v nestigmatizirane družbe. Na področju upora do stigmatizacije so vedno bolj aktivne zdravstvene, socialne in nevladne organizacije, kot so društvo *ŠENT*, *ALTRA*, *OZARA*, *DAM*, *Slovensko združenje za duševno zdravje*, *društvo Novi Paradoks*, *Slovensko društvo za duševno zdravje otrok* in druga. Programi, ki jih našteje organizacije izvajajo, so svetovanje in pomoč, ozaveščanje in obveščanje javnosti, skupine za samopomoč, dnevni centri, socialna in delovna vključenost ter podobno.

Stigma se ne dotika zgolj duševnih bolnikov, ampak je povezana s posamezniki, ki imajo neposredno in posredno povezavo z duševno motnjo; bolnikove bližnje, zdravnike, bolnišnico, zdravila in skupnost. Pogledi, ki jih ožja in širša skupnost razvijejo do duševnih bolezni in duševnih bolnikov, vplivajo na bolnikove ovire pri zaposlitvi, socialnem vključevanju in dostopu do ustreznega bivalnega okolja. O duševnem zdravju so ljudje še

vedno premalo informirani, saj so se kljub napredkom v tej smeri popularizirane predstave o represivnih psihiatričnih bolnišnicah ohranile. Te so opisovane in zlasti v filmih prikazovane kot prostori kaznovanja in nehumanega zdravljenja, kar dodatno utrjuje že popularizirane stigme, zlasti stigmatiziranje zaradi historyčnih metod zdravljenja, kot je elektrošok terapija. Omenjeno metodo so opravljali zaradi odsotnosti primernih zdravil, diagnostičnih in terapevtskih metod (Kores Plesničar v Bošnjak 2011). Kljub napredkom pa je nezaupanje do stroke ostalo.

Menim, da je glavni vzrok nezaupanja stroki, paranoidnega odnosa družbe do stroke v neznanju oz. nepoznavanju psihiatrije. Psihiatrija se je kot veda razvijala tako kot druge vede in se še vedno razvija. Prvotna spoznanja so sčasoma nadomestila nova. Zgodovina psihiatrije je bogata. Podobno kot drugod so se tudi na področju psihiatrije dogajale zlorabe, ki so v družbi vzbudile negativne občutke. Tudi osebe v akutni fazi bolezni (s svojimi vedenjskimi in miselnimi vzorci) lahko vzbudijo nelagodje, strah in odpor v družbi.

K populariziranim pogledom do duševno bolnih, njihovih bližnjih in do psihiatričnih institucij so močno prispevali tudi mediji s senzacionalnimi načini poročanja. Kot aktivni sprejemniki⁵³ medijskih informacij smo priče mediatizaciji zdravja, kjer pa je promocija duševnega zdravja v primerjavi s telesnim zdravjem v ozadju. Mediji imajo močan vpliv na javno mnenje, saj vzpostavljajo in določajo javne teme, s katerimi konstruiramo stvarnost. Njihova vloga ni samo informativna, temveč s posredovanjem informacij vzgajajo javnost, opozarjajo na probleme, vplivajo na razvoj zdravstvenih politik in imajo odločilno vlogo pri prednostnem tematiziranju tem (Kovačec in Merc 2012: 138-9).

/.../ Mislim, da bi bilo idealno, če bi osnovna znanja o duševnem zdravju ljudje pridobili že v osnovni šoli. Pomembna je tudi medijska podpora. Senzacionalistično izkrivljeno medijsko predstavljanje psihiatrije lahko naredi veliko škode, ker vzbuja pri ljudeh odpor in negativne občutke. Znanje zmanjša strah pred boleznijo in olajša iskanje pomoči. Mislim, da počasi gremo v pravo smer, pravi psihiatrinja V.

⁵³ Po *behavioristični teoriji* je medijsko občinstvo pasivno, medtem ko *teorija selekcioniranja vsebin* vidi občinstvo kot aktivno, ki pa si zapomni le tiste vsebine, katere so v skladu z njegovimi že izoblikovanimi vrednotami in stališči. *Kulturna teorija* vključuje v razlago posameznikovo okolje, kjer ta prevzame v svoj vrednotni sistem tiste medijske vsebine, ki ustrezajo njegovim deljenim predstavam, stališčem in vrednotam (Kovačec in Merc 2012: 138).

Oseba s težavami v duševnem zdravju je v množičnih občilih predstavljena negativno. Duševni bolniki so prikazovani kot neprimerni za življenje v skupnosti, saj naj bi bili nevarni, napadalni in nepredvidljivo zbegani. S tovrstnim interpretiranjem duševnih bolezni imajo sredstva množičnega obveščanja vlogo stigmatizatorja, ki producira paradigmo družbene normalnosti. V filmih so osebe s težavami v duševnem zdravju dehumanizirane, kar stopnjujejo tudi pejorativne osebnostne oznake, kot so na primer *norec* ali *psihič*. Nasprotje temu prikazu je upodobitev duševnega bolnika na komičen način, kot junaka ali kot posameznika z nevsakdanjimi vrlinami (Kovačec in Merc 2012: 139–43).

Nekateri avtorji, ki so mnenja, da je problem zaznamovanosti manj pogost, kakor trdijo Goffman (2008) in njegovi nasledniki, pravijo, da so stigmatizirane osebe bolj zaposlene z vsakodnevnimi opravili kot pa s spopadanjem z lastno identiteto. Poleg Goffmanovih obrambnih strategij⁵⁴ se lahko pri posamezniku razvijejo tudi tiste strategije, pri katerih ti zavračajo socialne norme in postanejo družbeno angažirani s ciljem spremeniti prevladujoče vrednote (glej Adam in Herzlich 2002: 66) ali se vsaj trudijo spremeniti pogled do lastne bolezni, ki ima za posledico negativno mentalno naravnost, zaradi katere se (nekdanji) pacienti izogibajo socializaciji in s tem integraciji v družbo.

⁵⁴ Po Goffmanu (2008) družbeno zaznamovani posamezniki izbirajo različne strategije, ki jim omogočajo uspešnejše spopadanje s težavami ob stiku z družbeno normalnostjo. Te so: skrivanje lastnosti manjvrednosti, z željo biti dojet kot normalen, zmanjšanje problema zaznamovanosti ter umik iz socialnega življenja in od stikov z normalnimi ljudmi (v Adam in Herzlich 2002: 66).

III. PRIMUM NON NOCERE⁵⁵

Bolnik in zdravnik kot partnerja v komuniciranju

Dandanes se redko kdo izmed nas, preden pristopi do zdravnika, ne poslužuje medicinskih informacij, ki jih ponujajo splet, poljudni in strokovni članki, časopisi, revije in reklamni oglasi. Informiranje o potencialni bolezni oziroma o simptomih in zdravilih in njihovih stranskih učinkih nam vliva samozavest pred srečanjem s strokovnjakom, omogoča lažje sporazumevanje z medicinskimi sestrami in z zdravnikom ter olajša postopek spoznavanja, vrednotenja in zdravljenja bolezni, ki nam jo specialist diagnosticira. Včasih so informacije, do katerih imamo dostop, netočne, saj na raznovrstnih informativnih forumih podajajo svoje védenje in znanje tudi laiki.⁵⁶ Zanesljivejše so informacije, ki jih dobimo od področnega strokovnjaka. Zdravnik predstavlja medij, preko katerega dobivamo podatke o bolezni, specifično ali potencialno diagnozo in plan zdravljenja, pri katerem nas specialist sproti preverja in spodbuja.⁵⁷

Pri psihotičnih pacientih sledi drugačen vrstni red. Ko slednji stopijo pred zdravnika, ponavadi v akutni fazi bolezni, se pogosto ne zavedajo, da izražajo njene pozitivne in/ali negativne simptome. Kljub pojasnilom, na primer, da bi bilo dobro, da gredo v bolnišnico, slednji ne vidijo razloga za tako odločitev, kajti ne zavedajo se tudi realnih okoliščin, v katerih se nahajajo, zlasti, če ti trpijo za blodnjavo in halucinogeno simptomatiko. Na tak način, v nevednosti in v nezavedanju, se začnejo mnoge prisilne hospitalizacije. Podobno se je zgodilo tudi Nini, ki je dežurni psihiatrinji ob prihodu na sprejemni oddelek – s skopnelim prepričanjem, da je odšla na začasni '*sprehod*' – dejala kot odgovor na zastavljena vprašanja, da je vseeno, kaj odgovori, saj naj bi bil svet takšen, da ne daje možnosti, da poslušáš samega sebe, a nič za to »*saj se tudi Bacha ne da igrat na samosvoj način*« (osebna komunikacija; op. a.). Nina je podala odgovor, ki ne spada v medicinsko

⁵⁵ Medicinska etika temelji na trdnosti hipokratske tradicije, na doktrini, ki zahteva od zdravnika ravnotežje v medicinskih obravnavah, in sicer med tehničnim znanjem in moralističnimi zahtevami, kjer se znanje uporablja vedno v korist bolnika (Nastran Ule 2003: 230).

⁵⁶ Obstaja velika verjetnost, da ljudje utegnejo bolj verjeti vrstnikom z lastnimi izkušnjami o duševnem zdravju in o stigmah, ki jih bolezen prinaša, kot pa zdravstvenim delavcem, ki o tovrstnih primerih pričajo večinoma iz literature in službene prakse (Žmitek 2015: 90).

⁵⁷ Zdravniška presoja zdravstvenega stanja pacienta daje bolezni družbeno legitimnost (Adam in Herzlich 2002: 51).

retoriko in v zdravstveni kontekst, katerega se zaradi bolezni kljub prigovarjanjem, kje se nahaja, ni zavedala oziroma zdravstvenemu osebju ni verjela. Na tovrstne reakcije izven konteksta so v psihiatričnih bolnišnicah in v psihiatričnih ambulantah psihiatri, medicinske sestre, medicinski tehniki, strežnice in reševalci navajeni in jih jemljejo kot »del splošnega dogajanja«, torej kot del bolnišnične normalnosti.

Kljub nekaterim hudim življenjskim stiskam in krizam človek ni vržen v svet brez obrambe in podpore, kot trdita Kierkegaard in Nietzsche (glej Rizzacasa 1976: 18). Znanje, podporo in usmerjanje lahko bolnik najde tudi v zdravniku oziroma v psihiatru, s katerim imata isti cilj, preventivo in ozdravitev. Kljub temu ljudje s težavo poiščejo pomoč v duševnem zdravju namenjenih primarnih in sekundarnih institucijah. Tu se je potrebno vprašati, od kod imajo ljudje (brez izkušnje o težavah z duševnim zdravjem) odpor do psihiatrične bolnišnice in/ali do psihiatričnih bolnikov. Na vprašanje mi je pomagala odgovoriti psihiatrinja psihoterapevtskega oddelka psihiatrične bolnišnice, že omenjena dr. V., s katero sem vzpostavila pisno komunikacijo:

V sistemu imamo bolnišnice, ki se posvečajo specifičnim motnjam; Ortopedska bolnišnica Valdoltra, Bolnišnica za bolezni dihal Golnik ... Zanimivo, da slednje niso sporne, četudi so »specifične«. Stigma je predvsem posledica nepoznavanja duševnih motenj, izkrivljenih predstav o duševni motnji in posledičnega strahu pred »nalezljivostjo« duševne motnje. Veliko vlogo pri vzdrževanju stigme ima tudi občutek sramu, ki se vzbudi pri osebi, ki je izkusila duševno motnjo in se srečala z zdravljenjem.

Negativna drža do psihiatrije, psihiatrov in odpor do bolnikov naj bi izvirali iz neznanja in iz pomanjkljivega in/ali napačnega informiranja, ki ga povzročajo tudi mediji s senzacionalističnimi načini sporočanja.

Psihiatrija je veda o motnjah na področju duševnega zdravja. Je veda, ki obsega znanja o vzrokih, simptomih, znakih, diagnostičnih opredelitvah in o različnih načinih zdravljenja duševnih motenj. Problem stroke je ta, da se pozitivno ne reklamira, da se ne odzove na negativne odzive družbe. Stroka je znotraj sebe razdvojena med biološkim in psihološkim pristopom.

Stroka ni edina, ki doživlja razdvojenost. Razdvojenost lahko povzroča tudi odnos posameznika z zdravnikom. Historični modeli razmerja zdravnik-pacient so obravnavali pacienta avtonomno, kot posameznika, katerega medicinsko znanje je omejeno na minimum, kar je zlahka postal eden izmed razlogov za alienacijo med zdravnikom in pacientom. Tradicionalni modeli dinamičnega odnosa zdravnik-pacient torej niso priznavali variabilnosti v avtonomiji posameznika, v njegovih vrednotah do zdravja in v njegovem medicinskem znanju (Agarwal in Murinson 2012: 17).

V 20. stoletju je bilo razmerje med zdravnikom in pacientom tipično patriarhalno. Zdravniku je družba dodelila ekskluzivnost pri dostopu do medicinskega znanja. Kot strokovnjak je slednji odločal namesto pacienta, ki je bil v odnosu do dominantnega znanstvenika, pokoren zaradi primanjkljaja kompetenc. Sčasoma, ko so se spreminjali družbeni ideali, so si pacienti zaželeli večje aktivnosti znotraj klinične realnosti (Agarwal in Murinson 2012: 17). V 50-ih letih 20. stoletja postanejo aktualne razprave o kompleksnem odnosu med zdravnikom in bolnikom, ki ga prikazujejo kot vedno bolj terapevtskega in blagodejnega, celo zdravilnega za pacienta. V slednjem se izvajajo klinične in komunikacijske kompetentnosti, ki spletajo odnos med obema. Dobro komuniciranje je pogoj za dober vpogled v zgodovino bolezenskega stanja, v bolnikovo življenjsko situacijo, v njegove osebnostne značilnosti, pomemben je za pridobivanje informacij pri postavitvi diagnoze, razumevanje bolnikovih problemov, komunikacijo o diagnozi ter pri zdravljenju in preventivni dejavnosti. Dobro komuniciranje naj bi presegalo ekonomske, sociokulturne in medosebne razlike ter proizvajalo zaupanje, spoštovanje in sodelovanje (Nastran Ule 2003: 153-5). Na tak način se vzpostavi odnos, kjer je bolnik poslušan in razumljen. V 70-ih letih 20. stoletja, ko bolniki postajajo vse bolj enakovredni in kritični uporabniki zdravniških storitev, se začne v medicino širiti tržni odnos do zdravstvenih storitev, ki začne spreminjati klasični odnos med zdravnikom in pacientom (Nastran Ule 2003: 153-5).

V sodobni medicini se pomen bolnika povečuje, tako da v razmerju zdravnik-pacient dobiva primat *partnerski odnos*. Bolnik tako postaja eden od članov mreže nadzorovanj, znotraj katere je tudi »potrošnik ali objekt medicinskega potrošništva« (Nastran Ule 2003: 60). Kakor pri zdravniku je pri bolniku vloga pogojno legitimna in družbeno priznana

takrat, ko se bolnik drži norm, ki izhajajo iz njegove vloge. To se zgodi tako, da se bolnik odreče dejavnostim, ki jih opravlja (kot) zdrav človek, poišče zdravstveno pomoč, sledi navodilom zdravnika in se trudi za izboljšanje zdravstvenega stanja (Nastran Ule 2003: 59). Toda čemu bi se moral posameznik odreči dejavnostim, značilnim za »zdravega posameznika«? Kdo ali kaj določa tovrstne dejavnosti? Se mora tem aktivnostim odreči zato, da je razmejitev med zdravim in bolnim subjektom družbi vidnejša in jasnejša? Mar ni po tej logiki bolje reči »bolniku«, naj se pretvarja, da je bolan?

V velikih bolnišnicah 19. stoletja so bili mnjenja in pogledi pacientov drugotnega pomena, podrejeni zdravnikovi perspektivi, kar se je še bolj utrdilo v 20. stoletju z laboratorijsko medicino. Medicinska moč naj ne bi bila zgolj negativna in podrejevalna, ampak naj bi težila tudi k pozitivnosti in k produktivnosti. Aktivni bolnik je eden izmed članov mreže nadzorovanj, postal je tudi potrošnik medicinskega podjetništva, kjer profesionalizacija zdravnikov zagotavlja monopol nad definiranjem zdravja in bolezni (Nastran Ule 2003: 59).

Obstaja vrsta kliničnih modelov interakcije, ki formalizirajo odnos med zdravnikom in pacientom. Najbolj proučevana je klasifikacija, ki jo opisujeta Emanuel in Emanuel (1992), ki priznavata *paternalistični, posvetovalni, razlagalni in informativni model*, kateri se med seboj razlikujejo ravno po pacientovih vrednotah, po avtonomiji njegovega odločanja in po načinih podajanja zdravstvenih informacij s strani zdravnika. Po besedah avtorjev (Emanuel in Emanuel 1992: 5) imajo ti modeli različne ciljne interakcije.⁵⁸

Paternalistični scenarij opisuje tradicionalni pristop in situacijo, v kateri ima pacient malo védenja o medicinski situaciji. Tak odnos se izpostavi, ko je bolnik življenjsko ogrožen in močno odvisen od zdravnika. Zdravnik je tu dominanten, tako da se o postopkih odloča sam, o čemur zgolj malo posreduje v védenje pacientu. Odnos med zdravnikom in bolnikom se spreminja s trajanjem zdravstvene terapije, ki zahteva večjo empatijo z zdravnikove strani. Tak vzorec je dolgo prevladoval v medicinski praksi, vendar so čez čas bolniki postajali vse bolj zahtevni in informirani (po Wolff in Flis v Nastran Ule 2003: 219–20). Paternalistični model pride do izraza na primer pri bolnikih v akutni fazi bolezni,

⁵⁸ Pacientova avtonomija je tod mišljena kot pacientov moralni samorazvoj (glej Emanuel in Emanuel 1992: 7).

ki so prvič na zdravljenju ali so ti prvič hospitalizirani. Pri *posvetovalnem scenariju*⁵⁹ ima pacient minimalno izoblikovane kriterije, ki mu jih pomaga odkrivati zdravnik, ki ima tu vlogo prijatelja ali profesorja. Proces odločanja je tu vzajemni, saj zdravnik daje nasvete, kaj je bolje storiti. Ti se vršijo na primer pri uvedbi nove medikamentozne terapije. Zdravnik je v *razlagalnem scenariju* viden kot svetovalec, saj se v slednjem odloča pacient, kar se pojavi pri pacientih, ki prostovoljno preidejo iz ambulantnega zdravljenja v zdravljenje s hospitalizacijo. V *informativnem scenariju* je pacientova avtonomija visoka, odloča se pacient sam, zdravnik je tu zgolj posrednik znanja, kar se pojavi na primer pri uvedbi depo injekcij⁶⁰ namesto zdravil v trdi obliki, katera pacient že dobro pozna^{61,62} (Emanuel in Emanuel 1992: 5-7).

Latkovičeva (2002: 6) izpostavi tri modele, in sicer *pasivni model*, v katerem je bolnik viden kot pasivni otrok, saj ne sodeluje v oskrbi. Tak model je prisoten zlasti pri bolnikih v katatoničnem stanju, v katerem se bolniki ne odzivajo na zunanje dražljaje ali so ti nenehno motorično hiperaktivni. Model, kjer bolnik ubogljivo sledi usmeritvam zdravnika, je *model vodenja*, ki se vzpostavi na primer pri osebah, pri katerih pojenja akutna faza bolezni, medtem ko je *model partnerstva* prisoten pri soodločanju zdravnika in pacienta kot na primer pri mojih sogovornikih na psihoterapevtskem oddelku. Prisoten je zlasti pri kroničnih boleznih, kjer bolnik zaupa v moč samozdravljenja bolj kot v zdravnika in v zdravstvene tehnike. Tudi Szasz in Hollander (v Adam in Herzlich 2002) govorita o partnerskem odnosu, ki se vzpostavi pri kroničnih boleznih, kjer je vloga zdravnika v pomoči bolniku, da sam skrbi zase. Poleg partnerskega modela avtorja govorita o *aktivno-pasivnem odnosu*, kjer je pacient pasiven, kar pride do izraza pri stigmatiziranih boleznih. Model, v katerem bolnik sledi zdravnikovim navodilom in delno sodeluje pri odločitvah, deluje po modelu odnosa *starš-otrok* (Adam in Herzlich 2002: 48).⁶³

⁵⁹ Po Emanuel in Emanuel (1992: 11) predstavlja *posvetovalni model* (*deliberative model*) idealni model razmerja med zdravnikom in pacientom ter ideal njegove avtonomije v razmerju.

⁶⁰ Depo injekcija vsebuje tekočo mešanico zdravil za zdravljenje psihoz. Ta je mesečno ali dvakrat mesečno vbrizgana v pacientovo mišico, kar omogoča enakomerno sproščanje zdravila. V zdravniškem žargonu depo injekciji pravijo *koktelj* (osebna komunikacija; op. a.).

⁶¹ Predstavljenim štirim modelom odnosa je dodan peti scenarij interakcije med zdravnikom in pacientom, in sicer *instrumentalni model*, v katerem so pacientove vrednote irelevantne in zdravnik sprejema odločitve popolnoma neodvisno od pacienta. Odločitev utemeljuje kot splošno, družbeno dobro ali v imenu družbenega napredka (Emanuel in Emanuel 1992: 7), kot se je na primer zgodilo v prvi polovici 20. stoletja v primeru lobotomije, katera je povzročala nepovratno psiho-fizično škodo.

⁶² Predstavitveni konteksti znotraj strukture modela so navedeni kot možni primeri odnosa.

⁶³ V zdravstvu in medicini je najpogostejši mešani model, kjer se spletata paternalistični in pogodbeni odnos, kjer se zdravniku ni potrebno toliko osebno angažirati (Latković 2002: 7; Wolff in Flis v Nastran

Wolff in Flis (v Nastran Ule 2003) vzpostavita tri modele interakcije med zdravnikom in pacientom. Poleg že predstavljenega *paternalističnega* in *partnerskega* modela govorita še o *pogodbenem* odnosu. *Pogodbeni model* se vzpostavi v zdravstvenih ustanovah, ki ponujajo posebne diagnostične ali terapevtske storitve, ki so podvrženi tržnim zakonitostim in marketingu, kjer ima posameznik možnost izbire, ki pa ima določeno ceno (po Wolff in Flis v Nastran Ule 2003: 221).⁶⁴

Kot je očitno, obstaja več modelov, ki pojasnjujejo medsebojni odnos med zdravnikom in pacientom, katerih temeljna značilnost je medsebojna odvisnost, ki zagotavlja stabilnost odnosa pri delni odprtosti partnerjev. Ta se nujno ne pretvori v vzajemni odnos, v katerem so partnerji emocionalno angažirani v zaupnem odnosu. Odnos vzajemnosti preprečuje dominantnost enega partnerja v odnosu, kar je značilnost običajnega razmerja med zdravnikom in pacientom (Nastran Ule 2003: 157). Razmerje med zdravnikom in bolnikom kreira predvsem zdravnik, ki lahko legitimira in utrdi vlogo bolnika ter nadzoruje čas pregleda. Zdravnik ima torej legalni mandat nad usodo pacienta in institucionalno moč nad osebjem (Goffman 1961: 369).⁶⁵

Večina medicinskega srečanja je namenjenega diskusiji med zdravnikom in pacientom, ki ima tri prepletajoče se funkcije: zbiranje informacij, razvijanje in vzdrževanje terapevtskega odnosa ter posredovanje informacij. Raziskave so pokazale, da so pri pacientih, ki aktivno sodelujejo pri viziti, zaznavne biološke in psihološke izboljšave, ki dvigujejo raven kvalitete pacientovega načina življenja in njegovega osebnega zadovoljstva (Dorr Goold in Lipkin Jr. 1999: 26). Po mnenju psihiatrinje V. lahko oseba, ki sodeluje v programu zdravljenja v psihiatrični bolnišnici, od njega veliko odnese:

Mislim, da izkušnja zdravljenja na psihoterapevtskem oddelku obogati posameznika na več področjih. Oddelek ponuja aktivacijsko terapijo, edukacijske skupine, psihoteapevtske skupine, možnost individualne psihoterapije, trening socialnih

Ule 2003: 223).

⁶⁴ Latkovičeva opisuje tri osnovne tipe komuniciranja. Pri *pasivnem modelu* dominira zdravnikova vloga, pacient pa igra vlogo »nebogljenega otroka«, ki se pojavi tudi pri *modelu vodenja*. Ravnotežje med zdravnikovo in pacientovo vlogo se doseže s *partnerskim modelom*, kjer zdravnik in pacient soodločata pri zdravljenju (Latković 2002: 6).

⁶⁵ Moč zdravnika naj bi izvirala iz njegove avtoritete, ki jo je več vrst: avtoriteta zaradi izobrazbe in strokovnega znanja, zaradi sposobnosti opravljanja določenih del (na primer napisati recept), avtoriteta kot moč in sposobnost zaradi svoje vloge in posebnih znanj, avtoriteta zaradi svojega položaja na družbeni lestvici in avtoriteta zaradi spoštovanja, ki mu ga izkazujejo drugi (Latković 2002: 6).

veščin, učenje tehnik sproščanja ... Posameznik v sklopu programa spozna svoje močne plati, nauči se postaviti zase, postaviti meje drugim. Nauči se sodelovanja in komunikacije z drugimi. Uči se reševati probleme. Ima priložnost trenirati razne socialne veščine. Uči se prepoznati nefunkcionalne vedenjske in miselne vzorce in se ima priložnost naučiti bolj funkcionalnih vzorcev. Ima priložnost spoznati razne dejavnosti (gibalne, ustvarjalne ...) in jih vkati v svoje življenje zunaj bolnišnice. Slednje trenira že med vikendi v domačem okolju. Cilj zdravljenja je pripraviti posameznika na čim bolj optimalno funkcioniranje v domačem okolju. Naučimo ga prepoznati poslabšanje bolezni in pravočasno poiskati pomoč, da prevzame aktivno vlogo in odgovornost v procesu zdravljenja. Da se ne prepusti pasivni vlogi bolnika, da ne igra vloge »žrtve«, ki jo drugi »silijo« v zdravljenje.

Mnogi pacienti si želijo z zdravniki vzpostaviti globlji odnos, v kolikor so znotraj zdravstvenega sistema postavljeni v vulnerabilno in intimno pozicijo, katere prag prestopajo ravno zdravnik in medicinsko osebje. Na drugi strani pa se zdravniki pogosto sklicujejo na pomanjkanje časa in se pritožujejo nad številom bolnikov v zdravstvenih postopkih, kar povzroča včasih izkrivljeno, drugič pa realno percepcijo pri bolnikih, da so zdravniki avtoritarni, prezaposleni in preveč profesionalni v izražanju. Kljub temu, ali bolje zato, postajajo današnji pacienti vse bolj aktivni, tako da postavljajo vprašanja o bolezni in zdravljenju, o katerih se predhodno tudi sami informirajo, vendar si, kakor pravi psihiatrinja V.,

posameznik sam izbere informacije, katere si želi, in sicer takrat, ko jih potrebuje, ko zboli sam oz. se znajde v stiski kdo od bližnjih.

Medosebno komuniciranje med zdravnikom in bolnikom je v večini komplementarno, saj ima zdravnik večjo moč in s tem več možnosti, da vodi komunikacijsko situacijo, definira vsebino in potek komuniciranja, sprejema odločitve itd. (Nastran Ule 2003: 182). Zdravnik ima torej legitimno in strokovno premoč, pacienti pa so odvisni od njegovih kompetenc. Pri tem je pomembno, da odnos ne preide v skrajnost, v trdo komplementarnost, kjer je odnos med zdravnikom in pacientom podoben patriarhalnemu razmerju.

Zadovoljstvo bolnikov se kaže v večjem zaupanju in večjem sodelovanju pri zdravljenju, v lažjem izražanju svojih napetosti in v kazanju manj problematičnih vedenj. Bolnik se med komuniciranjem lahko odziva na različne načine; na *obrtiški odziv*, kjer je prepričan v

možnost odstranitve svojih zdravstvenih problemov, na *predpisan odziv*, pri katerem je samo predpis zdravljenja rešitev njegovih težav, ter na *partnerski odziv*, ki nastopi takrat, ko je posameznik aktiven in izraža željo po sodelovanju z zdravnikom (Latković 2002: 6), kar je najbolj zaželen odziv na odnos med zdravnikom in pacientom.

V bolnišnicah in zdravstvenih domovih prihaja do vse več komunikacijskih deformacij, kar je tudi posledica tega, da zdravnikov ni med šolanjem nihče pripravljala na primerno komunikacijo s pacienti in svojci ter na odgovornosti, ki jih medsebojna komunikacija in prilagodljivost prinašata. Tako med izobraževanjem študentje medicine nimajo znanja o psihosocialnih problemih, osebnostnih značilnostih, emocionalni vznemirjenosti, sociokulturnih posebnostih in podobno (Nastran Ule 2003), med šolanjem in opravljanjem medicinske prakse je namreč temeljni poudarek na patofiziologiji. Posledica tega je ambivalentnost dialoga med zdravnikom in pacientom. Ninina psihiatrinja iz psihoterapevtskega oddelka pravi, da je v zadnjem obdobju osveščenost o pomembnosti komunikacijskih veščin v medicini vse večja in da bi jih potrebovali vsi, ki delajo z ljudmi, ne glede na profil izobrazbe. Pridobitev teh znanj, ki so pogoj za podaljševanje zdravniške licence, lahko psihiater pridobi na izobraževanjih, ki jih ponuja Zdravniška zbornica.

Psihiater je v osnovi zdravnik, opremljen predvsem z biološkimi znanji. Psihološka in psihoterapevtska znanja zainteresiran posameznik pridobi na lastno pobudo in investicijo. Menim, da so slednja zelo pomembna pri delu z ljudmi. Zdravnik psihiater, ki ima dodatna znanja s področja psihologije in psihoterapije lahko pri delu z ljudmi integrira oboje in bolj celostno pomaga posamezniku, pravi psihiatrinja V.

Specializacija iz psihiatrije je bolj biološko usmerjena, v manjši meri zdravnik pridobi tudi znanja iz psihoterapije. Psihoterapevtskih pristopov in šol je več in to področje še ni zakonsko urejeno. Osnovna znanja iz psihoterapije pridobi vsak specializant psihiatrije. Poglobljena znanja iz posamezne psihoterapevtske smeri pa so običajno prepuščena odločitvi posameznika. Sama sem zaključila izobraževanje iz skupinske analize (I., II., III. stopnjo in diplomu), kjer je bil eden od pogojev tudi lastna analiza v skupini. Dodatna znanja in osebne izkušnje bogatijo moje delo, delam lažje kot sem poprej, ko teh znanj nisem imela. Vključena sem v III. stopnjo študija Vedenjske in kognitivne terapije. Ta znanja prav tako s pridom

uporabljam pri svojem delu. K zdravljenju skušam pristopiti celostno, ne razmišljam samo, katera zdravila bom napisala človeku, temveč kaj mu še lahko ponudim za izboljšanje kvalitete njegovega življenja.

Pri srečanju zdravnika z bolnikom gre za srečanje pripadnikov različnih družbenih skupin v formalnem in depersonaliziranem okolju bolnišnice, zdravstvenega doma ali zasebne ambulante. Tako kot obstajajo medkulturne, socialne in medosebne razlike med bolniki, obstajajo te tudi med zdravniki ter med zdravniki in bolniki. Zato so nekateri znanstveniki mnenja, da pogovor med zdravnikom in bolnikom skriva v sebi potencialni konflikt, saj naj bi ti imeli različna pričakovanja, izkušnje in spretnosti (Nastran Ule 2003: 165). Bistvo nesporazuma, ki lahko dovede do komunikacijskih obramb,⁶⁶ tiči v tem, da se zdravnik bolj ukvarja s patologijo, medtem ko pacient poudarja socialno plat bolezni. Poleg tega bolniki zdravnikom radi pripisujejo iluzorno moč za rešitev zdravstvenih problemov.

Perspektiva vsemogočnosti medicine⁶⁷ nastane predvsem zaradi negotovosti, ki spremljajo bolnikovo bolezen, in posameznikovega neznanja o patologiji. Spremenljivke, ki se pojavljajo v besednjaku pacientov, ki si želijo vzpostaviti z zdravnikom vzajemni odnos, so toplina, prijaznost, izražanje skrbi, empatija, dopuščanje, da bolniki izrazijo probleme in skrbi s svojimi besedami, delitev pričakovanj in specifična navodila (Nastran Ule 2003: 157).

Preko komunikacije se bolnika pripravlja na soočanje z boleznijo in z njenimi posledicami, kot je sprememba samopodobe, spremenjen odnos do bližnjih in do dela ter podobno. Soočanje zna biti bolj boleče kot postavitve diagnoze in bolezni same, ki se ne manifestira zgolj biološko, ampak tudi socialno, iz česa je razvidno, da je bolezen »istočasno najbolj individualna in najbolj socialna stvar« (Augé citirano po Nastran Ule 2003: 53). Freidson

⁶⁶ Komunikacijska obramba lahko nastopi v obliki resignacije, cinizma, igrane neresnosti, poudarjene skromnosti, demonstrativne zadržanosti ali kot izogibanje, ki se pojavijo tako pri zdravnikih kot pri pacientih. Vzpostavijo se takrat, ko je razlika med pričakovanji in dejanskostjo prevelika (Nastran Ule 2003: 187). Goffman (v Nastran Ule 2003: 188) je opozoril na strategijo izravnave ali popravljanja, kjer se bolnik vede ponižno, s čimer želi razbremeniti zdravnika in ohraniti njegovo hvaležnost ter pozornost, kar privede do komunikacijske patologije, ki se lahko odraža kot odklanjanje, pristranskost sebstva, pristranskost interakcije in z ujetostjo z drugim. Te metode odtegujejo zdravnikovo pozornost od bolnika, za kar je pogosti izgovor ekonomija časa (Nastran Ule 2003: 198).

⁶⁷ Znotraj medicine nastopa zdravnik kot karizmatična avtoriteta, kateremu se pacient spoveduje. S tem dejanjem dobi zdravnik moč nad posameznikom pri usmerjanju spovedi in v predpisovanju, kaj naj stori z zaupnim (Nastran Ule 2003: 142). Od zdravnika so zlasti čustveno odvisni kronični bolniki. V odnosu zdravnik-pacient ti iščejo varnost, solidarnost in sodelovanje, kar blagodejno vpliva na proces zdravljenja.

(v Adam in Herzlich 2002: 50) je mnenja, da zahtevata zdravljenje kroničnih bolezni in psihoterapija obojestransko sodelovanje ter da se aktivno-pasivni odnos, ki je na primer prisoten pri kirurških posegih, uveljavi, kadar je socialni status pacienta nižji in kadar njegova bolezen sodi med stigmatizirane bolezni.

Tradicionalna moč zdravnikov in njihova avtonomija sta se z odvisnostjo od sistema socialnega varstva in zdravstvenega zavarovanja začela postopoma zmanjševati, zaradi česar so začele bledeti tudi popularizirane podobe o bogovih v belem, o svetniškem siju in podobni pripisi, ki so jim jih dodeljevali nekateri zadovoljni in hvaležni pacienti. Med nezadovoljnimi bolniki so nekateri ubrali trnovo pot tožb proti zdravnikom in zdravstvenim ustanovam. Nekateri izmed njih je pomiril nastanek *Zakona o duševnem zdravju* (2008). Takrat je psihiatrična stroka začela doživljati večji nadzor nad svojo dejavnostjo. S tem namenom je sodišče imenovalo tudi sodnega izvedenca, ki

naj bi podal čim bolj objektivno, nepristransko in celostno mnenje oz. oceno o stanju duševnega zdravja posameznika,» pravi psihiatrinja V.

Dozdeva se, da je (ne)zaupanje do psihiatrije možno tudi zaradi obstoja in prisotnosti nadzora, tako notranjega kot zunanjega, ki s formaliziranimi, pravnimi postopki (re)organizira institucionalizirane dejavnosti, ki naj bi pacientom koristile pri rehabilitaciji. Terapevtske in psihoterapevtske skupnosti predstavljajo nepravno regulacijo, kjer samoregulacijo usmerjajo poklicni kodeksi in etična pravila (Pečar 1992: 26), katerih cilj je normalizacija, ki jo dosežejo s pomočjo psiholoških, psihiatričnih, socioloških in psihoterapevtskih terapij.

Z zdravniškim pregledom postanejo posameznikovi vedenjski problemi medicinski. Ko se pa ta vrne v svoje okolje, postanejo njegove medicinske težave znova vedenjske narave. Kot bolnik se posameznik ponovno sooči z nerešenimi težavami, ki so načele njegovo psihofizično zdravje ali obratno, bolezen je vzrok za posameznikovo bolečo situacijo. Na tej točki se ujamemo v miselno igro o tem, kaj so povod, vzrok in posledica težav oziroma bolezni. Je socialnoekonomski problem vzrok za bolezen ali je bolezen vzrok za nastanek socialnoekonomskega problema?

Moralna obravnava

Prve zapise o duševni motnji najdemo v najstarejših medicinskih tekstih, zapisanih na egipčanskih papirusih, kjer se vrstijo zapisi o templjih, takratnih karitativnih zbirališčih duševnih bolnikov (Meden Klavora 2008: 118). Koncept bolezni in zdravja je bil v tradicionalnih družbah povezan z religioznim pojmovanjem in s stanjem duše, katero so lahko obsedle zle sile, demoni in učinki čarovnije. Bolezen so pripisovali tistim posameznikom, ki so kršili družbene norme in tabuje. Ozdravitev je bila možna z magičnimi rituali, izganjanjem hudiča, uroki in drugimi praksami. V antični Grčiji so poleg religiozno-mitičnih konceptov zdravja in bolezni soobstajali sekularni koncepti zdravja in bolezni, kjer je imel posebno mesto pojem ravnotežja, ki se je ohranil kot dediščina starejših mitoloških predstav o različnih sestavinah telesa (Nastran Ule 2003: 14). O tem pričajo medicinski zapisi očeta znanstvene medicine Hipokrata in pisca ter filozofa Galena (Meden Klavora 2008: 118). O duševni bolezni niso pisali zgolj zdravniki in filozofi, ampak tudi pesniki in zgodovinarji starega veka, kot sta Homer in Evripid. V času njihovega življenja so poznali melanholijo, manijo, delirij in histerijo. V antiki so verjeli, da ima duševna bolezen biološki izvor. Hipokrat je trdil, da vse duševne motnje izhajajo iz bolezni možganov, medtem ko so Galen in njegovi nasledniki trdili, da slednjo povzroča neuravnoteženost telesnih tekočin (Meden Klavora 2008: 118-9). Pri zdravem človeku so bile fiziološke substance v harmoničnem odnosu, če pa slednje ni bilo vzpostavljeno, so se zdravniki lotili panacejskih ali higienskih postopkov.⁶⁸

Od srednjega veka do renesanse so bili politična moč in bogastvo koncentrirana v cerkvi, ki je bila preprežena z vraževerjem, astrologijo in mistiko. Odstopanja od običajnih verovanj in vedenj so bila kaznovana. Položaj se je poostiril z inkvizicijo, nato še z reformacijo in protireformacijo, ki sta polarizirali družbo ter iskali krivoverce in čarovnike. Slednje so našli v ljudeh, ki so bili »drugačni« in jih obtožili obsedenosti s hudičem ali z demoni. Cerkev, ki je zdravila duševno bolne, je nanje gledala iz demonistične perspektive, zato so marsikoga mučili ali pa zažgali. Med obsojenimi čarovništva ali krivoverstva v čarovniških

⁶⁸ V antični grški medicini so poznali individualistično in kolektivno-socialno pojmovanje medicine oziroma so razlikovali med panacejskim in higienskim pojmovanjem. Higienski pristop je temeljil na preventivni dejavnosti in skupnostni skrbi za način življenja bolnikov, panacejski pristop pa na zdravniških posegih v bolnika, kot je na primer raba zdravil. Modeli zdravja in bolezni, kot jih poznamo danes, so začeli nastajati že v antiki (Nastran Ule 2003: 14).

procesih, ki so se začeli z bulo *Summis desiderantes affectibus*, je bilo veliko duševno bolnih, zlasti tistih, ki so trpeli za shizofrenijo ali depresijo (Meden Klavora 2008: 119). V nasprotju z zahodno civilizacijo so bile civilizacije vzhoda do duševno bolnih humanejše. Zavetišča so bila mirni prostori, obdani z zelenjem in vrtovi, kjer so pri zdravljenju uporabljali glasbo, pripovedovanje zgodb, komedije in ples (Meden Klavora 2008: 120).⁶⁹

V novoveški Evropi sta bila krščanska moralnost in ekonomski položaj osrednja kriterija presoje družbene primernosti. V tem obdobju so se lotili sistematičnega zapiranja tistih članov družbe, ki so živeli v božji nemilosti, in sicer norcev, revežev in kriminalcev. Takrat se je v bivših leprozorijih rodil »človek-žival«, ki je s svojo prisotnostjo opozarjal na neuspeh projekta univerzalnosti. Kot zavrženi član družine in/ali družbe je bil ostanek namišljene univerzalne skupnosti in njen nepozabljeni preostanek, ki ga je bilo potrebno v imenu družbene enotnosti preganjati, skriti, trpinčiti in izničiti. Norec je bil odrinjen na rob družbenega reda, kjer se je vklenjen v oddaljenih krajih spopadal z nevidnimi silami sveta, katere je imel sposobnost videti in slišati le on (Foucault 1998). Zaradi njegovih posebnosti ni mogel biti del družbe razuma, katera se je zgražala in prav tako zabavala nad njegovimi mislimi in dejanji, zato so norce poleg drže indiferentnosti tudi bičali, zapirali ali prepuščali mornarjem, trgovcem in romarjem, da so jih odpeljali daleč od mestnih obzidij.

S prisilno plovbo na »ladji norcev« je norec postal ujetnik voda in nato tujec v deželi, kjer se je izkrcal. Tam ga je zanj nova sodna oblast ponovno preganjala, saj je bil norec kot nori tujec subjekt obrednega izganjanja. Njegovo brezmejno tavanje je omejilo veliko zapiranje,⁷⁰ ko je absolutna oblast zaprla norce skupaj z reveži, brezposelnimi, prestopniki in brezumneži v ječe in ubožnice. Takrat je nastal *Splošni špital* (leta 1656),⁷¹ ekonomska in moralna instanca, ki se je kmalu razširila po vsej Franciji in Evropi. V njem so imeli

⁶⁹ Ravno pod vplivom arabske kulture je v 15. stoletju v Valenciji zgrajena prva psihiatrična bolnišnica v Evropi (Meden Klavora 2008: 120).

⁷⁰ Z zapiranjem v 17. stoletju je oblast odgovorila na ekonomsko krizo, ki je prizadela zahodni del današnje Evrope. Ljudje so živeli v hudem pomanjkanju in v težkih razmerah, tako da jim ni preostalo drugega kot beračenje in kraje, kar je špital želel z njihovim zaprtjem onemogočiti. Kadar kriznih obdobj ni bilo, se je represivni vlogi institucije pridružila koristnost dela. Tako so zaprte zaposlili in jih prisilili, da prispevajo k splošni blaginji, vendar je bil učinek tovrstne prakse ničten, saj se je brezposelnost nato pojavila v drugih svobodnih krajih (Foucault 1998: 54-8). Med zaprtimi so bili tudi norci, ki dela niso mogli opravljati in so se od »družbene navlake«, ki jih je prezirala, izločili kot posebneži – za delo nesposobni.

⁷¹ Špitali sodijo med najstarejše oblike dobrodelnega institucionalnega varstva, ki so se začeli pojavljati v 12. stoletju. Kasneje so bili poznani kot ubožnice, nato kot blaznice, danes pa kot klinike. Na slovenskem ozemlju so jih poznali od 18. stoletja (Videmšek 2013: 29).

upravniki na voljo sramotilne stebre, železne ovratnike, ječe in podzemeljske temnice (Foucault 1998: 45, Flaker 1998). Špitali so bili prostori izključevanja z najstarejšo obliko dobrodelnega institucionalnega varstva. Po svoji vlogi in namenu so bili raznovrstni. Zrasli so kot preprosta zavetišča in se pozneje razvili v zavetišča za ljudi s prirojeno prizadetostjo (Lamovec 2013: 29-30).

V 17. stoletju se je začela prava znanstvena revolucija, ki je zavrnila praznoverje in vzpostavila vero v znanost in tehnologijo. Takrat, v času velikega zapiranja, se je tudi izoblikovala totalna ustanova oziroma totalna praustanova. Z zaprtjem velikega dela revnega in deviantnega prebivalstva je absolutistična oblast poskušala onemogočiti beraštvo in izločiti nedelavne. Poleg tega je bilo veliko zapiranje tudi poskus nevtralizirati grožnjo morebitnih uporov iz nezadovoljstva in poskus vzpostavitve varne javnosti, kjer bi meščani živeli mirno in brez strahu (Flaker 1998: 74). Institucionalizirana karitativnost je tako poskrbela za zaprtje brezposelneža, meščana pa je z etiko izključevanja odrešila neposrednega dobrodelništva (Foucault 1998). V času razsvetljenstva je zahodna medicina povezala kartezijski racionalizem in dualizem duše in telesa z empiricizmom. Bog in duša naj bi bila prisotna le na začetku človekovega obstoja, nadalje pa naj se ne bi več vmešavala v človekovo bivanje. Podoba človeka, kateri je sedaj sam odgovoren za svoje zdravje, je postala materialistična (Nastran Ule 2003: 15-6).

Osrednja značilnost bivanja v totalnih ustanovah je bila delo, s čimer je zaprti »vnovič podpisal veliki etični sporazum človeške eksistence« (Foucault 1998: 58). Norec je kot za delo nesposoben patološki posameznik, priznan kot bolnik ali invalid, izgubil svojo človeškost, ki so mu jo z zastrašujočo dresuro poskušali povrniti. Norost je s surovimi prijemi v času razsvetljenstva izgubila svojo mistiko, porogljivost in funkcijo nerazumnega opozarjanja na tuzemeljsko minljivost, postala je breme absolutistični oblasti.

Absolutistična oblast ni bila edina, ki je nase prevzela »skrb« nad norim posameznikom. V času velikega zapiranja je norec ostal še vedno predvsem v domeni družine, ki je imela tri možnosti rešitve problema norosti; za norega sorodnika je lahko sama skrbela, lahko je s posredovanjem priskrbela za dekret zapiranja ali pa so zaradi motenja javnega miru za zaprtje poskrbeli za to zadolženi (Flaker 1998: 93).

V času revolucije, ko se je zmanjšal vpliv cerkve na bolnišnice, so v Franciji govorili o dehospitalizaciji, saj so bili špitali v očeh sodobnikov simbol represije, ki jo je izvajala absolutistična država nad revnim prebivalstvom, katerih revščina se je z njihovim zaprtjem v ustanovo le še povečevala. Glavna alternativa bolnišnicam je bila razvoj domače oskrbe, s čimer bi se decentralizirala dobrodelnost v lokalna okolja.⁷² Misel o dezinstitutionalizaciji je trajala kratek čas, obnova špitalov pa je prišla sočasno s politično spremembo (Flaker 1998: 101).

Ob nastanku meščanske ureditve se je totalna ustanova le reducirala. Prevladalo je stališče, da je beda, ki jo je špital povzročal, le problem slabega upravljanja. Reforme špitala se je lotil zdravnik Philippe Pinel, ki je nastopil kot varuh ljudi, ki niso sposobni pogodbenih odnosov (Flaker 1998: 102).

Meščanska revolucija je torej odpravila institucijo kraljevega ukaza, ki je dovoljevala arbitrarno zapiranje po kraljevi volji, s katero so zaprli tudi večino norih. Tem konec absolutistične institucije ni prinesel svobode, zaradi česar je postalo vprašanje norosti pomembno na koncu 18. in na začetku 19. stoletja. Nerešeno vprašanje, ki se je tedaj pojavljalo, je bilo, s čim nadomestiti samovoljnost kraljeve volje (Flaker 1998: 94–5). Odgovor za to je ponudil že omenjeni Pinel, v manjši meri pa še Tuke, ki sta norce zapirala legalno, z zdravniškim opravičilom.

Tukovo zatočišče v Yorku je bila majhna, domača ustanova v urejenem okolju, kjer je vladala ideologija o povratku razuma, medtem ko je v špitalu prevladovala ideologija fizičnega nasilja. S svojim nenasilnim in spoštljivim načinom je Tuke močno vplival na razvoj psihiatrije in psihoterapevtskih skupnosti (Flaker 1998: 104). Nova svoboda je prinašala tudi nove oblike podrejenosti. Oblast se je kazala v avtoriteti in patriarhalni ureditvi, kjer so varovance obravnavali pedagoško, kot otroke, ki jih je potrebno kaznovati in nagrajevati. Paciente je pestila tesnoba pred tem, da ne bi naredili česa narobe, kar bi privedlo do izgube spoštovanja in krepitve odgovornosti za lastna dejanja. Bolniki, objektivirani v popolnega tujca, so se zdravili v verskem okolju, kjer naj bi vera povrnila

⁷² Domače oskrbe naj bi bili deležni otroci, starejši ljudje, bolni reveži ipd., v bolnišnicah pa naj bi bilo poskrbljeno za tiste, ki niso imeli nikogar (Flaker 1998: 101).

človeku razum in s tem zdravje. Kakor v špitalu je bilo tudi v zavetišču delo na prvem mestu, ki pa ni imelo produktivne vrednosti. Delovalo je kot moralno pravilo velike družine (Foucault 1998: 207-9).

Obratno od Tuka je bilo temeljno Pinelovo dejanje ureditev špitalskega prostora. Z javnim mandatom je klasificiral simptome, kar je omogočilo praktično aplikacijo obravnave. Pacienti so živeli v izolaciji od zunanjega sveta, saj naj bi tako ohranjali red in mir, ki sta nujna za ozdravitev. S tem je zapiranje v azilskem redu dobilo znanstveno racionalizacijo z živim zakonom na čelu ustanove, z zdravnikom (Flaker 1998: 107-11). Njegov azil je bilo versko področje brez vere, vladalo je moralno in etično poenotenje. V vzdušju totalne segregacije sodne instance so delovali na kreposti molka, ki je norce vkoval v greh in sramoto, kateri so vodili v priznanje krivde s kesanjem. Struktura azila je bila nekakšen mikrokozmos, kjer so bile zastopane velike strukture meščanske družbe in njene vrednote, kjer je moral norec sam poiskati svoje mesto v mestu izobčenega in željnega kesanja (Foucault 1998: 219-31).

S tovrstnimi pregoni in z zaprtjem je norec postal in ostal nosilec ujetništva in neskončnega mejnega položaja, katerega naj bi odrešila šele znanost, ki pa ga je konec 18. stoletja zgolj premestila iz enega družbenega konteksta v fikcijo drugega ali istega prostora in s tem ponovno vzpostavila družbeni nadzor.⁷³ Novo upravljanje z bolniki se je imenovalo *moralna obravnava*, s katero so norcu priznali človeškost in možnost za njegovo prevzgojo (Flaker 1998: 103).

Kljub nekaterim napredkom v mentaliteti družbe je azil zadržal stare funkcije špitala ter ustvaril alienizem kot prvo psihiatrijo za deviantne in marginalizirane skupine prebivalstva. Novonastala medicinska intervencija je v udomačitvenem projektu moralnega in verskega ločevanja obsodila varovanca na lastno milost v nemilosti priredbe takratne sodobne

⁷³ Tako imenovana psihiatrična praksa iz konca 18. stoletja ni bila nič drugega kot posebna moralna taktika. Tukovo zavetišče je bilo zaprto v fiktivne pomene, kateri so ga odtujili od zgodovine in družbenega razvoja. Pri zdravljenju norcev je bilo pomembno vzbujati vpliv moralnih in verskih načel, ohranjanje nemira, strahu in tesnobne odgovornosti. Tako se je v azilu rodila imaginarna in realna »velika družina«, v kateri je bil norec anonimen in podrejen avtoriteti zdravnika (Foucault 1998: 206–13). Kakor Tukov tudi Pinelov azil pozitivističnega obdobja ni bil področje opazovanja, diagnosticiranja in zdravljenja, temveč je bil sodno področje, v katerem se je posameznik rešil obtožbe s kesanjem. V njem je šlo za segregacijo, ki je bila nasprotna Tukovi, saj je za njegovimi stenami vladal molk, ki je norce vkoval v greh in sramoto, v sojenju samemu sebi in v prepoznavanje lastne norosti v drugih (Foucault 1998: 222-37).

družbe (glej Flaker 1998: 113). Kljub Pinelovemu preobratu v psihiatriji se stanje bolnikov ni izboljšalo. O temu priča poročilo njegovega naslednika Jana Esquirola iz začetka 19. stoletja, kjer je pisalo, da so bolniki brez kakršnekoli nege, so slabo hranjeni, bivanjski prostori naj bi bili podobni hlevom, skrb zanje pa naj bi bila enaka ustrahovanju. Podobne razmere neurejenosti in nasilja je bilo moč zaslediti tudi drugod po svetu, od Indije, Francije, Anglije, ZDA do Rusije (Tavčar-Medič 1974: 323).

Čas nastanka špitalov se je na Slovenskem ujemal z nastankom ubožnic, ki so bile namenjene ljudem, ki si niso mogli priskrbeti osnovnih potrebščin. Ker so bili špitali v svojem delovanju večfunkcionalni, se je tudi zanje uporabljal izraz ubožne hiše. V 19. stoletju so se skladno z razvojem zdravstvene znanosti iz špitalov oblikovale blaznice. Po mnenju Bleiweisa je bilo institucionalno varstvo za norce edina možnost za njihovo oskrbo, kajti s tem so se lahko izognili nesreči, zločinom ali samomoru, saj je bil bolnik v zavodu nenehno pod nadzorom (Videmšek 2013: 30-1). V tem času se pojavijo modeli javnega zdravja in začetki skrbi za vzpostavitev standardov javne higiene, obrambe pred epidemijami, skrb za zdravo okolje, zdravstveno izobraževanje in podobno. Takrat nastane tudi Kranjska deželna blaznica Studenec, ki je nakazala začetek psihiatrije na Slovenskem (Videmšek 2013: 31).

Do večjih sprememb v mentaliteti družbe pride šele v 19. in zlasti v drugi polovici 20. stoletja, ko se je zanimanje za proučevanje možganov povečalo. Druga polovica 19. stoletja je bila doba razmaha klasične psihiatrije. V knjižici primarija dežele Kranjske Karola Bleiweisa, *Blaznice (norišnice), kakršne morajo biti in kaj je njih namen* (v Videmšek 2013: 30), je povzeto redko prepričanje takratnega časa (konec 19. stoletja), da ljudje z duševnimi težavami niso hudodelci, ampak pomilovanja vredni bolniki, ki trpijo za boleznijo v možganih ali čutilih. Konec 19. stoletja so za zdravljenje duševnih bolezni uporabljali opij, morfij, skopolamin, hašiš, kloralhidrat, alkohol, kloroform, bromidne soli, kopeli itd. (Kores Plesničar v Bošnjak 2011). Po prvi svetovni vojni so pričeli s progresivno paralizo uspešno zdraviti z malarijo, v začetku 40-ih let se je začelo kardiazolsko šokovno zdravljenje, inzulinsko komatozno zdravljenje in elektrošok terapija (Tavčar-Medič 1974: 323). Po drugi svetovni vojni se je psihiatrija s posnemanjem začela približevati medicini, kar je spodbudilo uporabo bioloških metod, kot so ECT, inzulinski

šok in psihokirurgija. Skrajni primer netolerance in ignorance do duševnih bolezni se je zgodil v Nemčiji, v času Hitlerjevega režima, ko je veljal zakon o preprečevanju duševno bolnega potomstva. V ta namen je bila ustanovljena evtanazijska komisija, ki je proučevala dokumentacijo bolnika in ga, razen redkih izjem, skoraj vedno obsodila na smrt. Pod pritiski ljudstva je bila ta leta 1941 ukinjena (Tavčar-Medič 1974: 323).

Medikalizacija psihiatrije je bil poizkus njene vključitve v organizacijo bolnišnic, s katerim se je začelo vpeljevanje tehnik, ki so spodbudile simuliranje ustaljenega odnosa med zdravnikom in bolnikom (Flaker 1998: 167). Naštetim preobratom v psihiatriji so se v petdesetih letih pridružili nevroleptiki, s katerimi dandanes zdravijo psihoze. Nastanek novih konceptov je terjal tudi nove nadzorovalne institucije in nove discipline.

Na Slovenskem se je število bolnikov večalo z nastankom psihiatričnih ustanov. Do druge svetovne vojne so v Sloveniji obstajali štirje psihiatrični zavodi. Na psihiatrične bolnike so gledali stigmatizirajoče, kajti razširjeno je bilo splošno mnenje o njihovi nevarnosti, bolezen pa je bila označena za sramotno (Lapajne 2011: 25). Posledica družbenega mnenja je bila tudi ustanavljanje bolnišnic izven mest, v neuglednih stavbah nekdanjih vojašnic, okupatorjevih mučilnic in ubožnic. Psihiatrične bolnišnice so delovale kot azilne ustanove, kjer na prvem mestu nista bila zdravljenje in podpora zaprtih ljudi, temveč nadzor in trajni umik iz družbe. Do sprememb pride šele konec 60-ih in v začetku 70-ih let, ko so azili pričeli delovati kot bolnišnice, ki so se nagibale tudi k izvenbolnišnični dejavnosti. Uvajale so se psihoterapevtske metode, terapevtske skupnosti in rehabilitacijski programi (Lapajne 2011: 26).

Poleg zdravljenja z biološkimi sredstvi so v zdravstvu začeli dajati poudarek na zaposlitvene, skupinske in miljejske terapije. Herman Simon se je sistematično začel ukvarjati z delovno terapijo pri duševno bolnih, ki je prinesla pozitivne rezultate, zlasti v Nemčiji, Holandiji in v bivših republikah Sovjetske zveze. Z bolniki naj bi ravnal kot z enakopravnimi partnerji, priznal jim je osnovne človekove pravice in odgovornost za lastna dejanja (Tavčar-Medič 1974: 324). Skrb za duševno kondicijo je poudarjal z delom in z vzgojo, zato so za paciente organizirali delovne delavnice na kmetijah, v ateljejih za risanje, slikanje, modeliranje in branje. Idealni pacient se je torej držal stran od brezdolja,

neugodnega okolja zavoda in od neodgovornosti. Simonova terapija je bila dejansko psihoterapija, katere najvažnejša elementa sta bila zaposlovanje in vzgoja, kar sta temeljla tudi današnje psihoterapevtske hospitalizacije.

Zanikanje kraja oblastništva in demokratizacija odnosov

Vzpostavitev skupnosti in težnja po preživetju ter vzdrževanju družbenega reda je povzročila nastanek družbenega nadzora, temeljne funkcije in prakse katerekoli človeške skupine. Za arhaične skupnosti, ki so bile relativno majhne in povezane enote, je bil značilen neformalni in enostaven nadzor, kar je v nasprotju s formalnim in kompleksnim nadzorom, ki ga vleva samoregulacija človeškega vedenja in delovanja v modernih družbah (Pečar 1988). S formalnim nadzorom, kjer se sistematično in rutinsko pridobivajo informacije o posamezniku, želijo birokratske institucije – tako državne kot nedržavne – usmerjati posameznikovo ravnanje in ga uskladiti s pričakovanji izvajalca nadzora.

V 19. stoletju je medicina postala zadolžena za določanje norm in odklonov od norm, ki so določale medicinski standard. Medicinske in psihiatrične metode so omogočale kategoriziranje deviantnih subjektov, s čimer je medicina postala glavna institucija družbenega nadzorovanja. Kljub temu je omejitve doživljala tudi medicina sama, zlasti v 20. stoletju, ko sta politika in kapital vse bolj določala meje medicinskega znanja in financiranja medicinske oskrbe (Nastran Ule 2003: 237-9). Takrat je v območje medicine začelo posegati vse več institucij, in sicer državne službe, ministrstva, parlament, pravne službe, socialno varstvo, zavarovalnice, varuhi pravic, etične komisije, znanstvenoraziskovalne ustanove ipd., zaradi katerih je medicinsko suverenost nadomestilo enakopravno sodelovanje.

Evropska komisija je označila Slovenijo kot eno najbolj institucionaliziranih držav v Evropski Uniji (Flaker 2012: 13). Dozdeva se, da v slovenski psihiatriji dezinstitutionalizacija ni imela primata med spornimi vprašanji znotraj javnega duševnega zdravja kot ga je imela v nekaterih drugih zahodnih državah – (na primer v Italiji),⁷⁴ kljub

⁷⁴ V Angliji, Italiji in v skandinavskih državah so bile sprejete odločitve o zaprtju vseh psihiatričnih bolnišnic, medtem ko so ostale zahodne države šele konec 70-ih in v 80-ih letih hkrati s preoblikovanjem sistema socialne varnosti spremenile politiko glede totalnih ustanov ter med cilje določile njihovo

temu pa se je Slovenija zavezala za izpeljavo procesa.⁷⁵ Nastajali so načrti za novogradnje zavodov, tako imenovanih socialnih centrov, katerih cilj je bila razbremenitev psihiatričnih bolnišnic. S tem dejanjem je bila izpeljana modernizacija bolnišnične oskrbe, radikalne poteze – dezinstitutionalizacija v polnem pomenu besede – pa so bile prezrte. Rezultat prizadevanja za dezinstitutionalizacijo je bil v 60-ih in 70-ih letih obraten, naraščalo je namreč število psihiatričnih bolnišnic in socialnih centrov.

Pri nas se je začel proces dezinstitutionalizacije, ali bolje poizkus dezinstitutionalizacije, konec 60-ih let, v času gibanj za človekove pravice, študentskih gibanj, gibanj za pravice žensk, legalizacijo in dekriminizacijo manjše posesti drog in podobnih protestov. Dezinstitutionalizacija je v proces družbenega premika iz azila v skupnost in zniževanja hospitalizacij vpeljala družbeno-kritično gibanje, katerega osrčje je bila diskusija o kulturi objektiviranja, fragmentiranja organizacij in deregulacij norišnic (Fabijan 2015: 39).

Sredi kaosa šestdesetih let se je kot kritika na razmere v psihiatričnih bolnišnicah pojavilo antipsihiatrično gibanje, ki se je naslanjalo na dela piscev kot sta Goffman in Foucault. Podpornik gibanja je bil tudi psihiater in psihoanalitik Thomas Szasz, za katerega je bolezen zgolj deviacija od neke jasno določene norme, ki se giblje v okvirih psihosocialnih, etičnih in pravnih konceptov. Kritiki takratne psihiatrije so se spraševali o smotru zdravljenja v bolnišnici in hospitalizaciji pacientov, saj so videli bolezen kot opravičilo za družbene disfunkcije (Videmšek 2012: 107) in ne kot okvaro živčnega sistema.

V 80-ih letih so uporabniki v Sloveniji začeli opozarjati na neustreznost institucionalne oskrbe, ki so postajale vse bolj glasne, dokler niso dosegli sprejetja *Konvencije o pravicah ljudi z ovirami*, s katero je Evropska unija spodbudila razvoj oskrbe za ljudi z dolgotrajnimi stiskami (Rafaelič 2015: 26). S poskusom v Logatcu, ki označuje začetek dezinstitutionalizacije na Slovenskem, se je skupina raziskovalcev lotila preoblikovanja

odpravo (Flaker 1998: 6). Najbolj odmevna sprememba se je zgodila v Italiji, s sprejemom *Zakona 180* leta 1978 (Fabijan 2015; Rafaelič 2015). Zakon je določal zahtevo po zaprtju vseh psihiatričnih bolnišnic v državi do leta 1980, prepovedal je gradnjo novih psihiatričnih bolnišnic, omejilo prisilno zdravljenje ter vpeljal centre za duševno zdravje v skupnosti, zaradi česar je tržaški primer postal ne le lokalno, ampak tudi svetovno relevanten.

⁷⁵ Pri dezinstitutionalizaciji ne gre zgolj za dehospitalizacijo, ampak za obsežnejši proces, ki naj bi vseboval preobrazbo odnosov med uporabniki in strokovnjaki, premik moči k uporabniku in spremembo same epistemologije (Flaker 2012).

deškega prevzgačališča. V devetdesetih letih so začeli uvajati skupnostne službe, in sicer stanovanjske skupine, dnevne centre in klube, združenja uporabnikov in njihovih svojcev.⁷⁶ Kljub reformam je prišlo do zastoja procesa dezinstitutionalizacije zaradi pomanjkanja političnega angažmaja ter zaradi fragmentacije različnih sektorjev in strok (Flaker 1998: 13-27).

Posledice procesa dezinstitutionalizacije naj bi bile vidne na prostorski in na ekonomski ravni, saj naj bi premik iz institucionalnega v vsakdanjost močno omilil državne stroške. Tod se je smotrno vprašati, kako lahko tako dobičkonosna industrija, kot je tista vezana na bolezen, omili državne stroške s premikom »iz institucij k ljudem«? Z dezinstitutionalizacijo se država odreče dobičkom, kar je skregano z ekonomsko logiko, na kateri temeljijo ne le farmacevtske družbe, ampak tudi sam zdravstveni sistem.⁷⁷ Ko sem socialno delavko bolnišnice – imenovala jo bom socialna delavka A. – povprašala po strokovnem mnenju, kako je lahko duševni bolnik državi v breme, če pa imajo pravzaprav od bolezni koristi vsi, ki imajo tako ali drugače povezavo z zdravstvenim sistemom in z bolnikom, mi je odgovorila:

Z izhodiščem vprašanja se nikakor ne strinjam. Menim, da tu celo ni pošteno govoriti o koristih posameznih profilov. Sama bi pogled usmerila k temu, kaj pacient z zdravljenjem pridobi in ne kaj se mu odvzame.

Menim da tovrstni pogledi odsevajo zaščitniško držo do duševnih bolnikov in pristranskost nekaterih predstavnikov stroke do »občutljivejših« vprašanj, ki so univerzalna in vsečloveško prisotna. Tukaj je nespametno govoriti o temu, kaj je pošteno in kaj ne. Smotrno bi se bilo vprašati, čemu je biti duševno bolan enačeno z neprispevanjem v državno blaginjo in od kod ideja o tovrstnem bremenu, ki ga ni zaslediti na primer pri pljučnem bolniku.⁷⁸

⁷⁶ Kljub prizadevanjem se število stanovalcev v zavodih in število postelj v psihiatričnih bolnišnicah ni zmanjšalo (Flaker 1992: 23).

⁷⁷ Špekulacije pravijo, da se je politika odločila za dezinstitutionalizacijo zaradi zmanjšanja stroškov. V povojnem obdobju se je politika prepričala, da bi bile lahko storitve v skupnosti cenejše od institucionalne oskrbe, kar so potrdila tudi raziskave. Vendar je za tiste uporabnike, ki potrebujejo veliko oskrbe, oskrba v skupnosti relativno dražja od institucionalne (Rafaelič 2015: 25).

⁷⁸ Rada bi zahvalila socialni delavki M., ki si je iskreno želela sodelovati z menoj, a je žal prišlo do nepričakovanega in neljubega dogodka, zaradi katerega sva sklenili sodelovanje prekiniti.

V teorijah, na katere se opira dezinstitutionalizacija, se torej prepletajo ekonomske, politične in znanstvene ravni. Pri procesu dezinstitutionalizacije ne gre zgolj za ukinjanje in zapiranje institucij, ampak tudi za proces ustanavljanja skupnostnih služb. Pri procesu dezinstitutionalizacije gre torej za premik iz azila v skupnost, za trend zmanjševanja hospitalizacij in časa preživetega v bolnišnici ter za kritično ideologijo, ki je usmerjena na socialni model. Flaker (1998) meni, da so stanovanjske skupnosti v Sloveniji prevelike in nepretočne ter da delujejo na institucionalni način, ki onemogoča samostojno življenje, s čimer se moja sogovornica A. ni strinjala:

Menim, da temu ni tako, lahko so zelo samostojni, neodvisni, lahko hodijo v šolo, službo, si urejajo življenje. Ob tem pa imajo podporo, ko jo potrebujejo. Če je ne bi potrebovali, bi verjetno živeli povsem samostojno??!! In ne v stanovanjski skupnosti.

Tu bi se bilo smiselno vprašati, koliko je med bolniki takšnih, ki si finančno ne morejo privoščiti popolnoma samostojnega življenja, koliko in kakšna je dejanska (socialna) pomoč in koliko jih na pomoč gleda kot na druženje, in sicer kot na »obisk od zunaj« (glej Glavič in Skale 2006).

Vrnimo se k dezinstitutionalizaciji. V slovenskem prostoru je proces dezinstitutionalizacije razdeljen na tri obdobja (Videmšek 2013: 54).⁷⁹ Prvo obdobje se je pričelo, ko se je skupina raziskovalcev lotila preoblikovanja že omenjenega deškega prevzgojališča v Logatcu. Cilj mednarodno odmevnega eksperimenta je bila vzpostavitev demokratičnih odnosov med vzgojitelji in gojenci. Strokovnjaki socialnih in drugih služb so pri eksperimentu vpeljali skupinsko dinamiko, ki je kmalu postala del antiavtoritarnih in tudi antiinstitucionalnih gibanj.⁸⁰ Prve pobude za proces dezinstitutionalizacije so torej nastale v institucijah samih, nadaljevale pa so se v okviru mladinskega dela in na področju

⁷⁹ V Slovenskem prostoru je proces dezinstitutionalizacije razdeljen na tri obdobja, in sicer na obdobje, ki ga zagotavljajo zavodi (1978-1992), nevladne organizacije (1992-2000) in na obdobje delovanja obeh (od leta 2000 do danes) (Videmšek 2013: 54).

⁸⁰ Primer odobravanja in podpore anti-institucionalnih gibanj je mreža za spodbujanje duševnega zdravja *Alpe Jadran* (Flaker 1992: 21). Da osvežimo nekaj historičnih prelomnic, je potrebno omeniti antipsihiatrična gibanja. V 50-ih in 60-ih letih 20. stoletja so začela nastajati prva antipsihiatrična gibanja, sprva v ZDA in nato še v Evropi. Pod vedno večjimi pritiski javnosti so se začele psihiatrične bolnišnice odpirati »navzven« (Flaker 1998). Ustanove so postajale humanejše, ponekod pa so bolnišnice začeli zapirati. Slovenski podporniki dezinstitutionalizacije beležijo dva mejnika: organizacijo prvega tabora v zavodu Hrastovec in nastanek *Odbora za zaščito norosti*, ki se je kasneje, na željo uporabnikov psihiatrije, preimenoval v *Altro*. Oba mejnika izvirata konca 80-ih let 20. stoletja.

dela z mladostniki z motnjami vedenja (Flaker 2012: 14-5). Zanje so bili organizirani tabori v Rakitni in v Črnem mravu ter kolonije, ki so temeljili na demokraciji in na samoodločanju otrok.

Eno izmed ozadij kolonij in taborov je bilo tudi antipsihiatrično gibanje, ki se je v Sloveniji pojavilo konec sedemdesetih in v začetku osemdesetih let. V tem času je bila psihiatrija socialno usmerjena, odraz tega pa naj bi bila ustanovitev *Centra za mentalno zdravje*, ki je postal moderna klinika s socialno-terapevtsko usmeritvijo (Flaker 2012: 16). Kljub poizkusom interesnih skupin, se dezinstitutionalizacija v sedemdesetih letih (in tudi kasneje) ni izvedla. Namesto nje je prevladovala modernizacija psihiatrije s transinstitutionalizacijo, in sicer s selitvijo ljudi z dolgotrajnimi težavami v socialne zavode.

V devetdesetih letih, v času drugega obdobja dezinstitutionalizacije, se je *Odbor za zaščito norosti* preimenoval v *Altro*, v akcijsko skupino, ki je delovala javno in politično in na neposredni način z uporabniki psihiatričnih ustanov. Akcijska skupina se opira na fenomenološko pojmovanje duševne stiske, posledično zavrača klasifikacije in diagnoze, ki po njenem mnenju popredmetijo posameznika, s katerim je pomembno vzpostaviti partnerski dialog (Lamovec 2006: 167).

V tretjem obdobju deinstitutionalizacije, ko so za isti cilj skupaj delovali zavodi in nevladne organizacije, je nastalo aktivistično gibanje *Iz-hod*, ki se je poleti leta 2010 angažiralo za obhod vseh psihiatričnih bolnišnic in posebnih zavodov, nekaj zavodov za usposabljanje, domov za ostarele, mladino in otroke, za tujce in druge v Sloveniji, kar je skupaj predstavljalo sedemsto kilometrov prehojene poti. Po mnenju aktivistov in podpornikov pohoda veljajo totalne ustanove za »zločine miru«, ki se dogajajo v imenu vzdrževanja družbenega reda in miru ter delujejo v skladu z regulativami družbenega nadzora. Po njihovem mnenju odstranjevanje iz okolja, izolacija in vpliv na identiteto varovancev totalnih ustanov omogoča njihovo izključitev, duševne bolnišnice pa naj bi povzročale omrtvičenje, nezainteresiranost in regresijo (Flaker 1998: 189).

Sama delam v psihiatrični bolnišnici in moje mnenje je, da oseba s tem [s hospitalizacijo; op.a.] ni v nobenem pogledu omejena. Marsikdaj je ravno čas

zdravljenja tisti dragocen čas, ko si oseba postavi cilje, izrazi svoje želje, osebje pa mu je pri tem v pomoč. Poleg tega naši pacienti odhajajo na redne vikend dopuste, ki jih lahko podaljšajo tudi v druge dni v tednu – v tem času si urejajo vse potrebno. Še več, mi jih k temu celo vzpodbujamo, je dejala socialna delavka psihoterapevtskega oddelka.

Psihiatrinja V. je dodala:

Intenzivni oddelki lahko vzbudijo zgoraj omenjene občutke, običajno pri osebah, ki še nimajo pravega uvida in kritičnosti do bolezni. Kadar se zdravstveno stanje posameznika izboljša, stremimo k temu, da ga čim prej premestimo na odprte oddelke.

Totalne ustanove so med ustanovo in civilnim svetom postavljale pregrade, tako materialne kot mentalne, ki so vodile v razlastitev varovančevih poznanih družbenih vlog. Zanje je značilno zajetje posameznikovega življenjskega sveta, ki se s programiranjem (Goffman 1961) začasno reducira na življenje v bolnišnični skupnosti, na življenje med štirimi stenami s krotkimi telesi, sklonjenih glav in po tleh drsajočih copat (Flaker 1998). Ko sem vstopila na zaprti ženski oddelek Psihiatrične bolnišnice, so le redke pacientke ustrezale opisu popolnega krotkega telesa (Foucault 1984; Flaker 1998). Um teh redkih bolnic je ostal vezan na ponotranjeni diskurz blodenj in človeške eksistence, s katerimi so se dnevno spopadale. Tudi njihova telesa so delovala odsotno. Gibala so se nekoordinirano, kot da bi se premikala z zamikom časa tja v en dan. Njihov danes je bil včeraj ali jutri, kar jim sploh ni bilo več pomembno, saj so se v bolnišnici marginalizirale in so večji del dneva preležale. Postale so družbeno nevidne, stereotip bolnic, ki so izgubile lastni glas in um v primežu institucionalizirane (po)moči.

Prostor ženskega zaprtega oddelka je bil brezsraven. Na splošno je vladal kaos. Tu pa tam se je slišalo bolnico, ki je nekoga obtoževala kraje, jok nekaterih, ki naj v zaprtem prostoru ne bi mogle več zdržati, nenehno prosjačenje za cigarete in vtikanje v življenje drugih bolnic. Kdaj pa kdaj je iz stranišča priteklo golo mlado dekle, kateri je vsaka bolnica dejala: »Hlače gor!«, kar so ji neprestano govorile medicinske sestre. Kljub odstopanjem so se med nekaterimi pacientkami vzpostavila močna solidarnost in prijateljstvo.

Večina bolnic je bila na zaprtem oddelku neprostovoljno. O njihovih občutkih so dobesedno pričale stene kadalnice, ki so bile porisane s skicami in popisane s citati, mislimi, kletvicami in poezijami. Raznobarvnost napisov in podob je vzbujala občutek utesnjenosti, žalosti, ranljivosti, posmeha, nereda in besa, ki so se nevtralizirali šele z najetim pleskarjem. Tako so se lahko na novo pisale zgodovina in sedanost zaprtih žensk, ki so večinoma rade olupševale razloge za njihovo prisilno zdravljenje in namigovala na zmoto, ki naj bi jo storilo sodišče in ne domači. Tu pa tam je prišlo tudi do pretepov, težkih besed in zmerjanj, kar so bili eni izmed priljubljenih dogodkov opravljenih pacientk. Skupno vsem bolnicam je bilo eno: želja po svobodi. »*V zaprtem prostoru ugotoviš, koliko pomeni izkoristiti dan, sonce, veter ...*«, so pravile, tako da so pacientke neučakano pričakovale čas prostih izhodov, ki so na oddelku pomenili statusno napredovanje in kazali na ločitev med *biti bolan, manj bolan in pozdravljen*. »Skoraj zdrava« je bila tista posameznica, ki se je lahko sama za določen čas sprehajala na območju bolnišnice. Torej *biti zdrav* je iz perspektive na oddelek omejenih bolnic enačen, čeprav okrnjeno, s svobodo gibanja in s tem s svobodo biti, kar jim je normativni okvir omogočal ter hkrati omejeval. Poleg njih so bile med privilegiranimi posameznicami tiste »*verbalno nedotakljive bolnice*« – od manipulacij s pacientk izločene pacientke, ki so bile na čakalni vrsti za psihoterapevtski oddelek, o katerem je bilo na oddelku malo govora zaradi nevednosti o dejavnostih prostora in tudi zaradi zavisti, saj je bila zgoraj – (oddelek se nahaja v tretjem nadstropju) – drugačna, miroljubnejša, svobodnejša klima, ki je prej spominjala na nekakšen »psihoterapevtski dom« kot pa na oddelek psihiatrične bolnišnice.

Lojalnost, politizacija in represija

V drugi polovici 20. stoletja so se, kot smo videli v prejšnjem poglavju, pojavila družbena gibanja, ki so kritizirala monopol medicinskega pristopa pri obravnavi ljudi s težavami v duševnem zdravju, opozarjala na kršenje človekovih pravic in svoboščin znotraj psihiatričnih bolnišnic ter kritizirala monopolistične državne ukrepe pri skrbi do duševno bolnega prebivalstva. Tudi psihiatri, ki se niso več poistovetili s svojo tradicionalno vlogo, so se antipsihiatrično angažirali, s čimer so pripomogli k usmerjanju storitev psihiatrije k skupnosti (Oreški 2015: 5). V teh letih je bilo govora o procesu dezinstitutionalizacije, s

katerim so države spremenile zakonodajo, načrtno zmanjšale število bolnišničnih postelj in pričele z oblikovanjem skupnostne oskrbe. V tem času so nastajali tudi številni pravno nezavezujoči nacionalni zakoni in mednarodni dokumenti, ki so jih sprejele *Evropska unija*, *Organizacija združenih narodov* in *Svetovna zdravstvena organizacija*. Ti so postavili pravno podlago za varstvo pravic oseb s težavami v duševnem zdravju.

Pomembnejša mednarodna dokumenta, ki ju je sprejela SZO, sta *Globalni akcijski program na področju duševnega zdravja* in *Deklaracija duševnega zdravja za Evropo*. *Globalni akcijski program na področju duševnega zdravja* daje poseben pomen ukrepom za preprečevanje stigme, socialne izključenosti in kršitve osebnih svoboščin v postopkih prisilnih hospitalizacij. *Deklaracijo duševnega zdravja za Evropo* je leta 2005 podpisala tudi Slovenija, s katero se je zavezala skupnim prizadevanjem Evropske unije za izboljšanje zdravstvenega varstva (Lapajne 2012: 96). Cilj in prioritete deklaracije so promocija duševnega zdravja v družbi, odprava stigme in socialne izključenosti, oskrba duševnega zdravja, ki temelji na skupnostnih službah, preventivo na področju duševnega zdravja, okrevanje in vključevanje v skupnost tistih ljudi, ki so v hudi duševni stiski (Lapajne 2012: 96).

Poleg omenjenih listin so na ravni Evropske unije pomembni dokumenti *Deklaracija in akcijski načrt za področje duševnega zdravja v Evropi* (2005), *Zelena knjiga* (2005) ter *Evropski pakt za duševno zdravje in dobro počutje* (2009) (Bajt 2009: 4-6).

Z *Deklaracijo in akcijskim načrtom za področje duševnega zdravja v Evropi* naj bi bile nacionalne politike prioriteto usmerjene na: promocijo duševnega zdravja in posameznikovega dobrega počutja v vseh okoljih in družbah, odpravljanje stigme, diskriminacij in socialne izključenosti s posebnim poudarkom na zaščiti osebnih pravic, preventivo na področju duševnega zdravja, skrb za obbolele z duševnimi motnjami, vključevanje bolnikov z duševno boleznijo v družbo že med samim okrevanjem in po njem (Bajt 2009: 6).

Leta 2005 je Evropska komisija objavila *Zelena knjigo za izboljšanje duševnega zdravja prebivalstva – Pot k strategiji na področju duševnega zdravja za Evropsko unijo*, ki je

nastala kot odgovor na *Deklaracijo in akcijski načrt za področje duševnega zdravja v Evropi*. Namen *Zelene knjige* je bil sprožiti razpravo o pomembnosti duševnega zdravja ter o potrebah po celostni strategiji na ravni EU. Stanje duševnega zdravja med državami članicami in znotraj držav samih je zelo raznoliko, tako da je postavljanje enotnih rešitev povsem nesmiselno. Zato so ključne dejavnosti *Zelene knjige* ustvarjanje dialoga o duševnem zdravju med državami članicami in določanje prednostnih nalog akcijskega načrta, medsektorsko sodelovanje ter razvijanje povezave med politiko in raziskovanjem na področju duševnih bolezni (Bajt 2009: 7).

Eden izmed pomembnejših dokumentov na ravni Evropske unije je *Evropski pakt za duševno zdravje in dobro počutje*, ki je v bistvu nadaljevanje posvetovanja o duševnem zdravju na podlagi *Zelene knjige*. Predstavljen je bil na konferenci, ki je združevala ministre, strokovnjake, bolnike, zdravstvene delavce, raziskovalce, katerih dogovor se je tikal skupnih ukrepov za izboljšanje duševnega zdravja v Evropi (Bajt 2009: 8-9). Njihov cilj je bil razviti skupno podprta priporočila za ukrepe na petih ključnih področjih: preprečevanje samomora in depresije, skrb za duševno zdravje mladih in izobraževanje, skrb za duševno zdravje v delovnem okolju, skrb za duševno zdravje starejših ljudi in boj proti stigmatizaciji ter socialni izključenosti (Bajt 2009: 8-9).

Za pravnovarstvo pravic oseb s težavami v duševnem zdravju je še vedno najpomembnejši mednarodni dokument *Resolucija OZN 46/119* (1991), ki vsebuje načela za zaščito ljudi s težavami v duševnem zdravju in izboljšanju oskrbe na področju duševnega zdravja. Odločbe iz *Resolucije OZN 46/119* (1991) upošteva tudi *Zakon o duševnem zdravju* (2008), za nastanek katerega so si skoraj dvajset let prizadevale številne skupine. *Zakon o duševnem zdravju* je »kompromis med zahtevo po varovanju pravic uporabnikov služb duševnega zdravja in ohranjanjem strokovne moči oziroma je kompromis med novejšim skupnostnim modelom duševnega zdravja in tradicionalnim medicinskim pogledom na duševno stisko« (Lapajne 2012: 97).

Resolucija OZN 46/119 poudarja humano zdravljenje, s spoštovanjem človekovega dostojanstva, kjer je na podlagi duševne težave prepovedana vsakršna diskriminacija. Poudarja, da imajo ljudje s težavami v duševnem zdravju pravico do življenja in dela v

skupnosti ter pravico do zdravljenja v kar najmanj restriktivnem okolju. Zdravljenje se ne sme dogajati brez soglasja osebe, razen v primerih, ki jih določa zakon. Soglasje mora biti podano prostovoljno, brez groženj in prisile. Oseba, sprejeta v psihiatrično ustanovo, mora biti takoj po sprejemu obveščena o svojih pravicah in o tem, kako jih uveljavi. Če oseba ne zmore razumeti informacij, jih je nujno posredovati pooblaščenemu predstavniku (Lapajne 2012: 96).

Totalne ustanove naj bi s svojimi načini delovanja in upravljanja kršile člene *Splošne deklaracije o človekovih pravicah*, ki jo je sprejela in razglasila Generalna skupščina *Združenih narodov* leta 1948. Pacientom naj bi bile odvzete pravica do svobode, pravica do osebnega dostojanstva, zasebnosti in svobode gibanja (Flaker 2014). Zakon našteva osebne pravice, katerim naj bi z njihovim definiranjem preprečil njihovo omejevanje, hkrati pa določi, da je omejitev pravic dopustna. Obstoječa slovenska zakonodaja obravnava postopek za pridržanje oseb v psihiatričnih zdravstvenih organizacijah v *Zakonu o zdravstveni dejavnosti* (2005) in v *Zakonu o duševnem zdravju* (2008), kjer pa morajo biti izpolnjeni dodatni pogoji – drugi členi zakonov – za pridržanje že v psihiatrični bolnišnici zadržane osebe. Ustava RS v poglavju o svoboščinah, pravicah in dolžnostih človeka in občana zagotavlja nedotakljivost človekove svobode, ki pa je hkrati opravičena, saj njen odvzem opravičujeta ravno omenjena zakona, kar je paradoks.

Sedmo poglavje sedaj ukinjenega *Zakona o nepravdnem postopku* (2009) je urejalo sodni postopek, na podlagi katerega je bilo mogoče pridržati osebo v psihiatrični zdravstveni organizaciji proti njeni volji. Po nekdanjem 70. členu *Zakona o nepravdnem postopku* (osebna komunikacija; op. a.) je sodišče lahko odločilo o pridržanju osebe v zdravstveni organizaciji na zaprtem oddelku, če zaradi narave duševne bolezni ali duševnega stanja osebe nujno potrebno, da se ji omeji svoboda, ker ogroža svoje življenje ali življenje drugih ljudi, ali povzroča hudo škodo sebi ali drugim. V postopku pridržanja je sodeloval zdravnik psihiater, ki je podal mnenje o stopnji in o naravi duševne bolezni oziroma mnenje stanja in napoved nevarnosti (Muršič in Temnik 2009: 92). *Zakon o zdravstveni dejavnosti* v 49. členu in 39. člen *Zakona o duševnem zdravju* vsebujeta zakonsko podlago nekdanjega 70. člena *Zakona o nepravdnem postopku*, ki je poleg že omenjenega določal, da je osebo mogoče napotiti in sprejeti na zdravljenje v psihiatrično bolnišnico tudi brez

njene privolitve in da pri napotitvi zdravnik lahko zahteva pomoč pristojnih organov za notranje zadeve, če ugotovi, da je zaradi bolnikovega ravnanja neposredno ogrožena varnost ljudi (<http://www.zakonodaja.com>, 23. 06. 2016), kar se je zgodilo v Katjinem primeru.

Katja je ravno želela sesti za volan, ko je videla, da so reševalni avto parkirali pred njenim domom. *»Prepričevanje, da moram it v psihiatrično bolnišnico je potekalo sredi belega dne, vsem na očeh!«* je dejala zgroženo. Starši so zanjo priskrbeli napotnico splošne zdravnice, s katero so se zmenili za ponovni sprejem v Psihiatrično bolnišnico, saj se je Katji zdravstveno stanje poslabšalo, ker naj ne bi želela več jemati zdravil. Zaradi njenih prepričanj, da jo želijo zastrupiti s hrano, je slednjo več mesecev zavračala in lahko bi se reklo, da je trpela za anoreksijo. Njeno življenje je postalo disfunkcionalno, saj se je večino časa ukvarjala s *'svojim darom'* oziroma s prisluhi, ki naj bi ji po njenem mnenju v življenju koristili. Ker je prišlo do glasnih prigovarjanj in nasprotovanj in ker naj bi Katja postajala verbalno in fizično agresivna, so reševalci poklicali policijo, s pomočjo katere je po polurnem pregovarjanju privolila v *»pregled«* in ne v hospitalizacijo v Psihiatrično bolnišnico. Na njeno presenečenje se je šele ob prihodu v bolnišnico zavedala, da so jo odpeljali iz sprejemnega oddelka na ženski zaprti oddelek. Počutila se je izigrano.

Na podoben način, s privolitvijo na sprehod, so reševalci na zdravljenje odpeljali Nino, ki je bila sprejeta na zaprti oddelek Psihiatrične bolnišnice. Po prejetem obvestilu direktorja psihiatrične bolnišnice je lokalno Okrajno sodišče izdalo pisni sklep, v katerem so po 61. členu *Zakona o duševnem zdravju* (v nadaljnje ZDZdr) določili izvedenca psihiatra in odvetnika, ki naj bi pridržano zastopal na zaslišanju naslednjega dne, dan po sprejemu na psihiatrični oddelek.

Po prejetju sklepa sem se spraševala, kaj sem naredila narobe, da me mora sodišče zaslišati. Postala sem sumničava in delno prestrašena, saj se še nisem zavedala, da sem v psihiatrični bolnišnici, v kolikor sem že prvi dan prejela dve injekciji za pomiritev in sem samo spala ali lutala po oddelku.

Na podlagi 1. odstavka 62. člena ZDZdr je sodišče pridržano obiskalo in jo zaslišalo.

Na dan, ko sem imela srečanje s sodnim izvedencem, me je prišla iskat medicinska sestra, ki me je pospremila do jedilnice, kjer so me pričakovali meni neznani ljudje. Za mizo, kamor sem sedla, so sedeli moja advokatinja, sodni izvedenec in zastopnik sodišča, za bližnjo mizo pa je neka ženska beležila pogovor v računalnik. Zaradi prisluhov nisem mogla bit zbrana, sredi govora sem pogledovala po prostoru. Motlo me je glasno tipkanje, ki je odmevalo v jedilnici. Izgubljala sem se v besedah ... in v njihovem odmevu. Ne spominjam se niti enega vprašanja niti, da bi nanje odgovarjala. Mislila sem, da me zaslišujejo, ker naj bi kaj kaznivega naredila, o čemer nisem vedela / .../. Jah, tako je bilo ...

Poleg Nine je bil zaslišan tudi izvedenec, ki je Nino pregledal. Ocenjeval je njen način odgovarjanja, ki je bil »nepovezan« ter njene emocionalne reakcije, ki so varirale od smeha do žalosti. Sodni izvedenec je poročal o podatkih napotnega zdravnika, ki je podal informacije o tem, kar so mu povedali njeni domači, torej posredno. Dejal je, da se je Nina doma »zapirala vase« in da je »postajala blodnjava«. Prisotnim je psihiater poročal tudi o njenem sprejemu v bolnišnico, kjer je dežurna psihiatrinja zapisala, da je bilo njeno vedenje »dezorganizirano«, sama pa da je bila »nezaupljiva« in »sumničava«. Ninin miselni tok je sprejemna psihiatrinja označila kot »disociiran, prisotne naj bi bile »miselne blokade« in »dereistično vedenje«. Po opravljenem pregledu je izvedenec opisal Nino kot urejeno osebo, ki deluje »odsotno in avtistično« (osebna komunikacija; op. a.). Na vprašanja, ki so ji jih na zaslišanju postavljali, je odgovarjala upočasnjeno in z zamikom, ker je bila pod vplivom prisluhov. Njeno obnašanje naj bi bilo posledica akutne, shizofreniji podobne duševne motnje, ki jo je sodni izvedenec opredelil kot prehodno in kot razlog, zaradi katerega je Ninin odnos do realnosti spremenjen. Na podlagi Nininega mišljenja, vedenja in načina odgovarjanja je sodišče zaključilo, da je pri Nini podana duševna bolezen oziroma motnja v smislu 2. alineje 1. odstavka 39. člena ZDZdr, kjer je bilo ugotovljeno, da Nina ogroža svoje zdravje in življenje, obenem pa naj do svojega stanja ne bi bila kritična ter v potrebo po zdravljenju naj ne bi imela uvida (osebna komunikacija; op. a.).

Mislim da bi vsak na vprašanje, ali želi ostati v psihiatrični bolnišnici, odgovoril nikalno, ne glede na to, ali doživlja blodnje ali je pri lucidni zavesti. To še ne pomeni, da se ne zavedaš lastnega duševnega stanja ali bolezni. Priznam pa, da v

akutni fazi bolezni zaradi zmedenosti in neodločnosti ne moreš sprejemati primernih in pomembnih odločitev.

Na podlagi 1. odstavka 39. člena ZDZdr je zdravljenje osebe na oddelku pod posebnim nadzorom brez njene privolitve dopustno, če ta ogroža svoje življenje ali življenje drugih ali pa, če huje ogroža svoje zdravje ali zdravje drugih ali povzroča hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim (osebna komunikacija; op. a.). Pogoji za izpolnjenje 39. člena je ta, da mora biti ogrožanje posledica duševne motnje, zaradi katere ima oseba hudo moteno presojo realnosti in nesposobnost obvladovati svoje ravnanje, pri čemer navedenih vzrokov in ogrožanja ni mogoče odvrniti z drugimi oblikami pomoči, in sicer z zdravljenjem izven oddelka pod posebnim nadzorom, z ambulantnim zdravljenjem ali z nadzorovano obravnavo. Ker je pri Nini šlo za sprejem na zdravljenje na oddelek pod posebnim nadzorom brez privolitve v nujnih primerih, je moral biti izpolnjen naslednji zakonski pogoj, in sicer da je zaradi narave duševne motnje osebe nujno potrebno, da se slednji omeji svoboda gibanja oziroma se ji preprečijo stiki z okolico kot to določa 53. člen ZDZdr. Nina je izpolnjevala zakonske pogoje za pridržanje na zaprtem oddelku za čas 6 tednov.⁸¹

V sklepu Okrajnega sodišča sem prebrala, da naj ne bi bila sposobna prepoznati že tudi najbolj običajnih nevarnosti v lastni okolici. Sama se sprašujem, koliko mi je bilo smiselno omejiti stik z okolico, saj me na oddelku nihče ni varoval 24 ur na dan. Seveda so nas tu pa tam nadzorovali, vendar jim nismo bili skozi na očeh. Za nadzorovanje 24 bolnic je bila kapaciteta medicinskih sester premajhna. Ne vem, kaj je huje, občutiti in doživljati: nenehno aktivnost misli ali prisilno pasivnost uma in telesa ter biti obravnavan kot objekt 'pod ključem'.⁸²

Sodobna psihiatrija odraža vse karakteristike današnje družbe. Obtožuje se jo, da se je pretvorila v sredstvo zaščite družbenega napredka in moralnih norm. »Avtoritarno mnenje in propaganda so povzročili razvoj mentalitete, ki socialno-interpersonalne situacije

⁸¹ V skladu s 1. odstavkom 71. člena ZDZdr lahko psihiatrična bolnišnica še pred potekom roka zadržano osebo odpusti iz oddelka pod posebnim nadzorom, o čemer mora obvestiti naslovno sodišče. Zoper sklep sodišča je bila dopustna pritožba v roku 3 dni po prejemu pisnega odpravka sklepa, o čemer naj bi odločalo Višje sodišče kraja bivanja zadržane (osebna komunikacija; op. a.).

⁸² Zagovorništvu si v Sloveniji prizadeva za ustanavljanje vmesnih struktur, ki bi bolniku omogočile, da tudi med potekom bolezni ta ostane v svojem domačem okolju. V svetu so že poznani razni dnevni centri, krizni centri in zavetišča, kjer lahko duševni bolnik in njegovi svojci najdejo zatočišče in razbremenitev. V primeru vmesnih struktur se je stigmatizacija izkazala kot manj izraziti stranski pojav duševne bolezni (glej Lamovec 2006: 244).

razume kot duševne bolezni, zato naj bi bil karakter psihiatrije po mnenju antipsihiatričnega gibanja političen in represiven« (Szasz 1965: 5-8). Psihiater je postal zastopnik društva in s tem sočasno zastopnik historičnih, ekonomskih in kulturnih faktorjev, ki imajo odločilno vlogo pri delitvi in kategorizaciji duševno zdravih in duševno bolnih posameznikov. Institucionalizirana psihiatrija naj bi bila birokratizirana – kakor tudi vse ostale medicine, saj je plačana iz strani javne ali privatne ustanove, zato naj bi bila tudi duševna bolezen zgolj socialna in pravna definicija. Predmet sodobne psihiatrije naj bi bil odklanjanje duševnih bolezni, ker tega ne zmore odpraviti, odklanja posameznika (glej Szasz 1965: 7). Medicinska storitev se je v razvitem svetu spremenila iz kapitalističnega sistema v socialističnega, kar pomeni, da sta zdravnik in zdravstveno zavarovanje vladno regulirana (Szasz 2013: 87). Kljub temu psihiatrija sama nima konstantne podpore s strani državnih ali privatnih institucij.

V času šolanja za psihiatra so študentje podpirani s strani države, zlasti v času specializacije, kasneje, ko ti diplomirajo in se zaposlijo, pa imajo nad sabo državno kontrolo, saj obstajajo sodni izvedenci, ki preverjajo bolezensko stanje že hospitaliziranih pacientov. Čemu in od kod tolikšno nezaupanje do psihiatrov?» se je spraševala Ninina psihiatrinja.

V moralnem in verskem okolišu konec 18. stoletja je bila norost pripeljana na področje krivde, kjer je lahko postala duševna bolezen. Okolje, kjer so se objektivizirani bolniki zdravili, je imelo vse prej kot varovalno funkcijo. Cilj azila je bil ohranjanje pacientovega nemira z grožnjo o zakonu in prekršku, s katero je bila vsaka manifestacija norosti kaznovana. Znanost o duševnih boleznih je bila tu samo opazovanje in razvrščanje, nikoli ni bila dialog med norim in ne norim, bolnim in zdravim. Tako so se v azilu konec 18. stoletja rodili avtoriteta, varuhi in mladoletniki, nekakšna velika družina, zaprta v fikciji takratne sodobne družbe (Foucault 1998: 205-13). Pinelov azil je bil sodno področje, v katerem so posameznika obtožili, mu sodili in ga nato obsodili. Pacient se je lahko osvobodil s kesanjem. Najpomembnejša osebnost v azilu je bil zdravnik, ki ni postal avtoriteta kot znanstvenik, ki opazuje, diagnosticira in zdravi, temveč kot modrec, ki je imel moralno in družbeno moč (Foucault 1998: 219-37). Tako imenovana psihiatrična praksa je bila le posebna moralna taktika strukturiranih vlog in končne katarze.

V Freudovem času je psihiater imel dve vlogi; vlogo družbenega zastopnika ter vlogo zastopnika vsakogar in nobenega. Psihiater državne bolnišnice je ščitil družbo pred bolnikom, zastopnik vsakogar in nobenega pa je bil »sodnik« v sporu med pacientom in njegovo družino ter »sodnik« podobnih vlog. Psihiater je bil lojalen do tistega, ki ga je plačal, torej do države ali do klienta. Freud (v Szasz 1965) je izbral vlogo zastopnika pacienta, kar je bila v tem času noviteta. S psihoanalizo je pacienta skušal odrešiti ter mu povrniti avtonomijo in odgovornost (Szasz 1965: 40). Pacienti niso bili več obravnavani kot mladoletniki, kljub temu je klima mladoletnosti ostala prisotna. Razloge za bolnikove inhibicije so psihoanalitiki iskali v sferi nezavednega, in sicer v travmatičnih spominih iz otroštva, katerih se je moral pacient odrešiti.

Moderna psihoanalitična ideja normalnosti je torej enačena z osebno svobodo. Pacient sam skrbi zase s tem, da prevzema večjo odgovornost za svoje obnašanje. Ozdravljenje je torej razumljeno v čistem moralnem smislu in ne znotraj medicinskega ali psihopatološkega okvira (Szasz 1965: 44).

Dandanes je način dela s psihiatričnimi bolniki intenzivnejši. Komunikacija med oddelčnimi enotami se usklajuje na timskih sestankih, na katerih so prisotni psihiatri, psihologi, socialne delavke, terapevtke in oddelčne medicinske sestre.⁸³ K organizaciji dela pripomorejo tudi profesionalnost pri predaji dežurstva in odprta komunikacija med osebjem in pacienti. Medicinske sestre naj bi obvladovale komunikacijske spretnosti bolje od zdravnikov, saj je njihova skrb osredotočena na organizacijo dela v ambulantah in na oddelkih ter na beleženje dela v računalniško dokumentacijo.

Kljub »enakopravni klimi« je v obziru do pacienta leta 2008 nastal zakon za upoštevanje pacientovih pravic in dolžnosti – *Zakon o duševnem zdravju* – ki jih lahko v primeru prisilne hospitalizacije zaščiti tudi pogovor s sodnim izvedencem. Zdravnikova beseda

⁸³ Na zaprtem oddelku so dnevno, po končani viziti (štirikrat tedensko), potekali kratki timski sestanki, ki so bili namenjeni diagnostični in terapevtski obravnavi na novo sprejetih bolnic in aktualni problematiki na oddelku. Redno pa so potekali tudi sestanki oddelčnega tima, ki so bili namenjeni poglobljeni predstavitvi bolnic, posamične diagnostike in terapije ter odpustov iz oddelka ali iz Psihiatrične bolnišnice (Trpin Katarić 2013: 17). Vsakodnevni, polurni timski sestanki so potekali tudi na psihoterapevtskem oddelku, kar je omogočalo stalni pretok informacij in strukturiranje delovnih obveznosti. Enkrat tedensko so bili organizirani daljši sestanki, na katerih je bil prisoten celotni tim oddelka. Ti so bili namenjeni poglobljenemu spoznavanju pacientov, načrtovanju terapevtskega dela in planiranju odpustov (Menard 2013: 22).

tukaj ni zadnja, nad njim stoji država, ki jo slednji predstavlja kot zdravstveni delavec, hkrati pa psihiater deluje pod prisego v dobrobit pacienta. Kot je očitno je zdravnik pravno zavezan, da hkrati ščiti družbo in pacienta. Bolnišnica, znotraj katere ima zdravnik diagnostični mandat, ima javni mandat, da zaščiti družbo pred deviantnostjo, tako da se drži etične nevtralnosti v primeru ravnanja s pacienti, katerih obnašanje je včasih na meji med družbeno neprimernim obnašanjem in patološkim (Goffman 1961: 352).

Od časa delovanja Freuda do danes so se družbene vloge zgolj namnožile in porazdelile. V psihiatričnih bolnišnicah je psihiater lojalen do bolnišnice, v kateri deluje, in do pacienta, ki ga zdravi. Hkrati je ta z lojalnostjo do bolnišnice lojalen tudi do države, ki s sodnim izvedencem nadzoruje njega. Njegovo etiko in moralo torej ovrednoti ravno država s pomočjo zakonodaje. Da so vloge uravnotežene, država določi tudi odvetnika, ki skrbi za dobrobit pacienta. Nadzor je torej vzpostavljen nad zdravnikovim diagnostičnim mandatom ter nad moralo pacienta kot socialnega bitja, ki mu je možno odvzeti temeljno človekovo pravico, svobodo. Kdaj in na kakšen način je ta odvzeta, ni točno jasno. Se to zgodi že v fazi inkubacije bolezni, ko svojci posredujejo o nevsakdanjem vedenju potencialnega pacienta osebnemu zdravniku, ko je oseba v krizi »zavedena« in odpeljana v psihiatrično bolnišnico ali ji je svoboda odvzeta šele s prisilno hospitalizacijo, kjer oseba v krizi postane posameznik s težavami v duševnem zdravju oziroma pacient psihiatrične bolnišnice?

IV. SLOVO

Ponedeljek, 22. 2. 2016

Današnje jutranjo kontrolo ob 5 h zjutraj sem preslišala. Morda je bila sestra pri odpiranju vrat tokrat pretiha ... Natočila sem si kavo, ki jo je skuhala zanjo zadolžena pacientka, in odšla ven.

Ura je 6.10. Sedim sama na postaji, kjer Matjaža in Davida začuda še ni. Na jutranjem svežem zraku se spominjam dogodkov iz bolnišnice, katerih glavni kreator ni bila čisto moja volja. Bila sem del 'medicinskega eksperimentalnega gledališča'.

Obrnem se in proučim stopinje na sveže zapadlem snegu. Še en krog, sem vedno dejala sestram, 'še en giro pa se vrnem'. Tokrat se ne vračam več. Ali pa morda sodim v svet povratnikov in sploh ne vem, da imam povratno karto, ki me čaka od prvega dne, ko sem stopila v ta čudni svet resnic. Kako naj se svetu kaosa ponovno predstavim? Sem Nina, nekdanja bolnica oddelka S4 iz sobe 9, pacientka sveta resnice, ki se po skoraj polletnem bivanju v njem vrača v svet kaosa ... Snežinke so pričele pokrivati moje sledi. Brisale so mojo zgodovino, kakor jo bom najbrž nekega dne primorana brisati tudi sama. Resnica ni za ta svet.

Po kosilu so nekateri pacienti posedali na postaji, med njimi tudi moji sogovorniki iz psihoterapevtskega oddelka. Tokrat smo se pogovarjali o odhodi nekaterih pacientov, s katerimi sem tudi sama vzpostavila bližnji odnos. V zraku je bilo čutiti napetost, dvom in strah pred odhodom iz bolnišnice ter povratkom v »svet normalnih«.

»Vsi naši so že šli. Ostanemo še jaz, ti in Ana,« je dejal Matjaž. *»Ne bo več isto ... Komaj čakam, da grem, a moram še vrtat,«* je dejal zaskrbljeno.

»Si se spomnu, kaj te tolko matra?« je vprašal David.

»Vem, kaj, nimam pojma, zakaj. Kar samo pride, ko ni treba ...«

»Ah, po moje sploh nimamo tako velikih problemov. Na stotine ljudi ima podobne težave ...« je bila mnenja Katja.

»To pa ne bo držalo! Nimajo vsi skozi prisluhov in prividov,« se je vznemiril David.

»Jaz si mislim, da smo mi vsi preobčutljivi in da je to naš največji problem,« je dejala Ana, ki je ravnokar zavrnila nekega pacienta, ker jo je prosjačil za cigaret. Postavila si je mejo, ki je prej *»ni imela srca«* postaviti. Sopacienti so jo začudeno in ponosno pogledali. *Ja, kaj? Ko mu daš cigareto, pa na koncu ugotoviš, da svoje cigarete ma, hoče pa tvoje kaditi! Ja pa kaj še!*

Med paciente se je povrnila živahnost. Sedaj so se iz srca nasmejali, saj so menili, da je Ana *»čudežno ozdravela«*, saj se je po njihovem mnenju preveč razdajala, kar jo je v življenju vodilo v razočaranja. Nina jo je objela in ji dejala *»pridna«*, saj je vedela, da Ana te besede ne prenaša. Ostali pacienti, ki so bili na postaji, so debelo gledali, ker niso vedeli točno, kaj se pravzaprav dogaja. Mimo postaje je šel moški, ki je bil navajen ljudi *»odrešiti«* z močjo molitve. Pacienti iz S4 so ga seveda povabili k sebi. Z gestami je napravil križ za vse paciente psihoterapevtskega oddelka, ki so se takrat nahajali na postaji. *»Tako, zdaj smo vsi štirje prečiščeni grehov,«* je hudomušno dejal David.

Nina je opazila moje nelagodje in me je zato ogovorila: *»Med sabo se tle drugače obnašamo kot zunaj, veš?«* je dejala.

»V kakšnem smislu drugače?« sem vprašala.

Za nas so bolj nori tisti ljudje, ki so zunaj bolnišnice. Dosti je med njimi »bolnih«, ki se sploh ne zavedajo, da bi potrebovali pomoč, oporo, razumevajočo besedo in morda celostno preobrazbo, da bi v življenju učinkoviteje delovali, je dejala Nina. Jaz se ne vidim kot pacientke. Ne spadam ne v ta ne v oni svet.

»Kaj so vam končno popravli tuš?« je najin pogovor prekinila radovedna ženska, ki je vedno debelo gledala paciente iz psihoterapevtskega oddelka in se me je tokrat ogledala od glave do pet.

»Ja in ne,« je ostro zabrusil in preusmeril njeno pozornost Matjaž.

»Kako ja in ne. So vam ga popravli ali ne?«

»Kakšen tuš?« je dejal eden izmed pacientov iz S4. *»Nič ne vem, da ne bi delal.«*

»Ja, saj to je problem za vse – ne vedeti –« je dejal Matjaž.

»... Oni res niso normalni. Že mesec dni jim ne dela tuš, pa niso niti opazli,« je potihoma zašepetala radovednica, ki sem jo sedaj imela pod budnim očesom in sem komaj še zadrževala smeh.

In ... In pol govorijo, kako so na S4 pametni. Jaz imam raka na hipofizi in nisem za tu! Zagovornica mi je rekla, da se prvič sooča s takim primerom, kot je moj, nardila pa ni nič. Ah, saj kaj pa bo ona! Sama bi prej rešla, pa moram bit tukaj! ... No, no poglej, zdaj bo uni reku, da naj kdo pokliče Mujota! En bo teku not, drugi pa bojo vsi telefone vzeli v roke in govorili »Mujo! Mujooo! Halo!« ... Evo, glej! ... Pa ti so res vsi trčeni!

Z Nino sva se pogledali in se prešerno nasmejali.

Ker sva bili obe tokrat namenjeni v isto smer, sva se skupaj peljali proti domu. Prižgali sva radio, se pogovarjali, srkali kavo, ki je ni bilo nikoli preveč, in se imeli res dobro. Ko sva prispeli na njeno destinacijo, sva si obljubili, da se tu pa tam dobiva. Poslovili sva se in druga drugi zaželeli dobro življenje. Upam, da bo res tako.

ZAKLJUČEK

Duševno zdravje in duševna bolezen sta procesa, ki opisujeta človeško metamorfozo, prehod od zdravja do bolezni in od bolezni do zdravja. Proces obsega fazo *inkubacije bolezni*, kjer se kažejo prvi negativni in/ali pozitivni simptomi motnje. Sledi faza *liminalnosti*, kjer bolezen doživi svojo polno ekspresijo in prepoznavnost, ki ju psihiatrična stroka zdravi z medikamentozno terapijo in psihoterapijo. Zaključna faza bolnega posameznika je *latentna postliminalnost*, kjer so meje med zdravjem in boleznijo ponovno zabrisane in so zato nejasne, kakor so te prav tako nejasne v času njene inkubacije. Bolezen je pri obeh fazah, pri fazi inkubacije in postliminalnosti, latentne narave in je zato težko zaznavna, opazna in definirana.

Duševno bolezen pogosto povezujemo z inertnostjo in/ali z neko negativno prelomnico v življenju, pri kateri se posameznikov nekdanji način življenja (začasno) prekine. Ravno ta prekinitev z ustaljenim delom in delovnimi navadami ter sprememba v posameznikovem obnašanju naj bi sprožili sum o prisotnosti duševne bolezni. Pa vendar posameznikovega spremenjenega obnašanja in nestabilnega duševnega stanja na pričetku pogosto ne povezujemo z boleznijo. Da do te povezave pride, mora biti bolnik prej označen kot devianten. Šele na tej stopnji posamezniki iz strukturirane družbe povežejo pacientovo duševnost z boleznijo, liminalnostjo in zdravljenjem. Liminalnost se, kljub prejšnji vseprisotnosti, šele sedaj, z nastopom deviantnosti in nato s psihiatričnim zdravljenjem, družbeno »manifestira« in kot taka družbeno prepoznavna.

Duševno bolni posameznik trpi za raznolikimi občutki: od morebitne otožnosti, žalosti, jeze, zbeganosti, preganjavnice, nespečnosti do prenašanja raznoraznih realnih ali namišljenih telesnih bolečin. Slednji začuti, da z njim nekaj ni v redu, vendar smo se ljudje v življenju preveč navadili poslušati sebe. Zato najbrž tudi bolnik verjame glasovom, ki ga oddaljujejo od realnosti. Kako naj na primer shizofrenega bolnika prepričamo, naj ne posluša glasov oziroma naj ne posluša svojih asociacij, če pa s(m)o mu vse življenje govorili, naj se posluša in se s tem usmerja po življenjski poti?

V sodobni psihiatriji rešujejo problem akutne manifestacije bolezni z medikamenti in z različnimi psihoterapevtskimi tehnikami. Z njimi si pacient postopoma izboljšuje psihofizično stanje in se uči uspešnega soočanja z življenjskimi izzivi. Kako pa psihiatri reagirajo pri latentni simptomatiki, ki je komaj opazna? Tu ima pomembno vlogo odkriti pogovor: govor o mislih, občutkih, čustvih in dejanjih, katere presojo iz stališč, ki jim je normalnost določila družba.

Domače okolje in posameznikov značaj lahko spodbudita razvoj dedne bolezni, ki se v drugih okoliščinah lahko ne bi razvila. Zato je smoter psihofizičnega blagostanja obramba pred vsakršno motnjo in boleznijo, fizično in duševno ravnovesje. Kot bitje uravnoveženih čustev in jasnega razuma je posameznik na poti preventive in psihofizičnega zdravja, ki ju naše javno zdravstvo, kljub napredkom, premalo promovira.

LITERATURA

Adam, Filippe in Claudine Herzlich

- 2002 *Sociologija bolezni in medicine*. Ljubljana: Društvo pljučnih in alergijskih bolnikov Slovenije.

Agarwal Aakash Kumar in Beth Brianna Murinson

- 2012 'New Dimensions in Patient-Physician Interaction: Values, Autonomy, and Medical Information in the Patient Centered Clinical Encounter.' *Rambam Mainmonides Medical Journal* 3(3): 17.

Bonac, Vesna

- 1998 'The law of the herd: A psychoanalytic discussion of madness in groups.' *Psihološka obzorja* 7(4): 95-111.

Bošnjak, Dragica

- 2011 'Stigma še vedno najbolj ovira boljšo skrb za bolnike.' *Delo* 53(57): 24.

Coleman, Lorita M.

- 1999 'Stigma-razkrita enigma.' V: *Predsodki in diskriminacije: izbrane socialno-psihološke študije*. Jože Moškrič ur. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče. Str. 198-216.

Čuk, Vesna

- 1999 'Čas kot upanje ali Zgodba o psihiatrični bolnišnici Idrija.' V: *Iz zgodovine za prihodnost: Razvoj psihiatrične zdravstvene nege v Sloveniji: 30 let strokovne sekcije*. Livio Kosina, ur. Ljubljana: Psihiatrična in nevrološka sekcija ZZNS. Str. 115-33.

Devereux, Georges

- 1990 *Komplementaristička etnopsihoanaliza*. Zagreb August Cesarec.

Dorr Goold, Susan in Mack Lipkin Jr.,

- 1999 'The Doctor-Patient Relationship: Challenges, Opportunities, and Strategies.' *Journal of General Internal Medicine* 14(1): 26-33.

Emanuel, Ezekiel J., Linda L. Emanuel

- 1992 'Four models of the physician-patient relationship.' *Journal of the American Medical Association* 16(267): 22-9.

Erzar, Tomaž

- 2007 *Duševne motnje: psihopatologija v zakonski in družinski terapiji*. Celje: Celjska Mohorjeva družba.

Fabjan, Maja

- 2016 'Diagnoza: pridna!: O pretirani pridnosti, od katere lahko postane odvisen tudi občutek lastne vrednosti. - Niti moški niso izjeme.' *Nedelo*, 22. 2. 2016: 16-7.

Fabijan, Emanuela

- 2015 *Psihiatrična bolnišnica kot totalna ustanova: politike in prakse institucionalizacije, uspoljenosti in upora*. Neobjavljeno magistrsko delo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.

Felc, Jože in Lorenzo Toresini

- 2010 *Kletka strahu in smrti: medicinski in pravni vidik zblojenosti*. Celje: Celjska Mohorjeva družba: Društvo Mohorjeva družba.

Flaker, Vito

- 1993 'Advocatus diaboli.' *Socialno delo* 32(3-4): 5-10.
1998 *Odpiranje norosti: vzpon in padec totalnih ustanov*. Ljubljana: Založba /*cf.
2012 'Kratka zgodovina dezinstitutionalizacije.' V: *Iz-hod: Iz totalnih ustanov med ljudi*. Andreja Rafaelič in Vito Flaker, ur. Ljubljana. Študentska založba. Str. 13-30.

- 2014 Dezinstitucionalizacija v Sloveniji (Dezinstitucionalizacija kot stroj, 2. del)
[Prispevek na blogu]. Spletno besedilo:
<http://vitoflakeragenda.blogspot.si/2014/11/dezinstitucionalizacija-v-sloveniji.html>. Pridobljeno 24. 6. 2016.

Foucault, Michel

- 1998 *Zgodovina norosti v času klasicizma*. Ljubljana: Založba /*cf.
2004 *Nadzorovanje in kaznovanje: Nastanek zapora*. Ljubljana: Krtina.
2009 *Rojstvo klinike*. Ljubljana: Študentska založba.

Freud, Sigmund

- 2005 *Spisi o psihoanalitični tehniki*. Ljubljana: Društvo za teoretsko psihoanalizo.

Gennep, Arnold van

- 1977 *The rites of passage*. London in Henley: Routledge.

Goffman, Erving

- 1961 *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Garden City, NY: Anchor Books, Doubleday & Company, Inc.
1968 *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates*.
Spletno besedilo: <https://books.google.si/books?id=be3vAQAAQBAJ>.
Pridobljeno 23. 3. 2016.
2008 *Stigma: zapiski o upravljanju poškodovane identitete*. Maribor: Aristej.

Hrovat, Jože

- 1999 'Norost kot subjekt interpretacije.' *Phainomena* 8(29-30): 267-283.

Jeriček Klanšček, Helena

- 2009 'Predgovor.' V: *Duševno zdravje v Sloveniji*. Helena Jeriček Klanšek, Maja Zorko, Maja Bajt in Saša Roškar, ur. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja: b.s.

Joralemon, Donald

1999 *Exploring medical anthropology*. Boston [etc.]: Allyn and Bacon.

Kaysen, Susanna

2002 *Prekinjeno deklišstvo*. Ljubljana: Cankarjeva založba.

Keesing, Roger M.

1981 *Cultural Anthropology: A Contemporary Perspective*. Forth Worth, TX: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers.

Kolarević, Maja

2008 'Pristopi, odnosi in razlage duševne bolezni v Indiji.' *Monitor ZSA: revija za zgodovinsko, socialne in druge antropologije* 10(1-2): 107-130.

Kleinman, Arthur

1980 *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. Berkeley, Los Angeles in London: University of California Press.

Kostnapfel, Janko

2004 *Dve psihiatrični ustanovi : Psihiatrična bolnišnica v Begunjah, Psihiatrični dispanzer v Ljubljani*. Ljubljana: Unigraf.

Kovačec, Petra in Nika Merc

2012 'Reprezentacije duševnega zdravja v filmih - ovira za dezinstitutionalizacijo.' *V: IZ-HOD: Iz totalnih ustanov med ljudi*. Andreja Rafaelič in Vito Flaker, ur. Ljubljana: Študentska založba. Str. 138-43.

Lamovec, Tanja

1994 'Ali je shizofrenija ozdravljiva?' *Socialno delo* 32(3-4): 57-86.

1999 *Kako misliti drugačnost*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani: Visoka šola za socialno delo.

- 2006 *Ko rešitev postane problem in zdravilo postane strup: nove oblike skrbi za osebe v duševni krizi.* Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Lamovec, Tanja in Flaker, Vito

- 1993 'Kaj je duševna bolezen?' *Socialno delo* 32(3-4): 87-92.

Lapajne, Gregor

- 2011 'Zagovorništvo v duševnem zdravju in institut zastopnika pravic oseb na področju duševnega zdravja.' Neobjavljeno magistrsko delo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo.
- 2012 'Varovanje pravic oseb s težavami v duševnem zdravju.' V: *Iz-hod: Iz totalnih ustanov med ljudi.* Andreja Rafaelič in Vito Flaker, ur. Ljubljana: Študentska založba. Str. 95-105.

Latković, Barbara

- 2002 *Bolnik in zdravnik - partnerja v komuniciranju.* Ljubljana: Društvo pljučnih bolnikov Slovenije.

Le Goff, Jacques

- 2001 'Mentalitete: Dvoumna zgodovina.' *Monitor ISH* 3(1-2): 173-83.

Lešnik, Bogdan

- 1994 'Klinika La Borde: nekateri koncepti, dejavnosti, načela: poskus umestitve.' *Socialno delo* 33(5): 421-6.

Lipovec-Čebren, Uršula

- 2003 'Tradicionalni zdravilci in duhovni posredniki v Istri.' Neobjavljeno magistrsko delo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta, Oddelek za etnologijo in kulturno antropologijo.
- 2008 *Krožere zdravja in bolezni: tradicionalna in komplementarne medicine v Istri.* Ljubljana: Filozofska fakulteta, Oddelek za etnologijo in kulturno antropologijo.

Lock, Margaret

- 2003 'Accounting for disease and distress: Morals of the normal and abnormal.'
V: *Handbook of social studies in health and medicine*. Gary L. Albrecht,
Ray Fitzpatrick in Susan C. Scrimshaw, ur. London: Sage Publications. Str.
259-76.

Marić, Slavica

- 2011 'Oddelek za kognitivno-vedenjsko terapijo Psihiatrične bolnišnice Begunje.'
Klip 4(8): 9-11.

Marušič, Andrej in Sanja Temnik

- 2009 *Javno duševno zdravje*. Celje: Celjska Mohorjeva družba. Koper: Fakulteta
za matematiko, naravoslovje in informacijske tehnologije.

Meden-Klavora, Vlasta

- 2008 *Ko duša nima kam*. Olševsek, Kranj: Narava.

Menard, Danica

- 2013 'Psihoterapevtski oddelek S4.' V: *Psihiatrična bolnišnica Idrija: Strokovno
poročilo za leto 2013*. Marko Pišljari, ur. Idrija: Psihiatrična bolnišnica. Str.
19-21.

Moodley, Roy in Susan Sutherland

- 2010 'Psyichyic retreats in other places: Clients who seek healing with traditional
healers and psychotherapists.' *Counselling Psychology Quarterly* 23(3):
267-82.

Muršič, Rajko

- 2000 *Trate vaše in naše mladosti: zgodba o mladinskem in rock klubu*. Ceršak:
Subkulturni azil.

Musek, Janek

1995 'Človekove pravice in duševno zdravje.' *Socialno delo* 32(3-4): 11-3.

Nastran Ule, Mirjana

1992 *Socialna psihologija*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.

2003 *Spregledana razmerja: o družbenih vidikih sodobne medicine*. Maribor: Aristej.

Oreški, Suzana

2015 'Deinstitucionalizacija: Od ustanov bližje k ljudem.' V: *Izobraževanja mreže za deinstitucionalizacijo*. Spletni vir:

<http://www.zamdi.si/files/aktivnosti/zbornik-prispevkov-izobrazevanja-mdi.pdf>. Pridobljeno dne 9. 7. 2016. Sonja Čandek, ur. Ljubljana: YHD, Društvo na teorijo in kulturo hendikepa.

Pavlič, Natalija

2012 *Pasti zaznave: Svet duševnih motenj*. Ljubljana: Pasadena.

Pečar, Janez

1988 *Formalno nadzorstvo : kriminološki in kriminalnopolitični pogledi*. Ljubljana: Delavska enotnost.

1992 *Institucionalizirano nedržavno nadzorstvo : kriminološki, kriminalnopolitični in sociološki pogledi*. Radovljica: Didakta.

Podgornik-Pulec, Nevenka

2014 *Psihične krize sodobnega človeka: sociološko-antropološka perspektiva in vpogled v psihoterapevtsko prakso*. Trnava: Univerzita Sv. Cyrila a Metoda, Fakulteta sociálnych vied.

Požarnik, Hubert

1978 *Kako ohranimo duševno zdravje*. Ljubljana: Mladinska knjiga.

Rafaelič, Andreja

- 2015 'Pomen povezovanja in vključevanja pri oskrbi po meri človeka in procesih dezinstitutionalizacije.' Neobjavljena doktorska disertacija. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo.

Ragozinski, Jacob

- 1999 'Ostanek univerzalnega.' *Filozofski vestnik* 20(1): 177-92.

Ramšak, Mojca

- 2003 *Portret glasov: Raziskave življenjskih zgodb v etnologiji - na primeru koroških Slovencev*. Ljubljana: Društvo za proučevanje zgodovine, antropologije in književnosti.

Rigins, Stephen H.

- 1990 *Beyond Goffman: Studies on communication, institution and social interaction*. Berlin in New York: Mouton de Gruyter.

Rizzacasa, Aurelio

- 1976 *L'esistenza nelle filosofie esistenziali*. Roma: Città Nuova Editrice.

Sacks, Oliver

- 1995 *Un antropologo su Marte*. Milano: Adelphi Edizioni.
2009 *Mož, ki je imel ženo za klobuk*. Ljubljana: UMco.

Schwartz, Sharon

- 2003 'Biological Approaches to Psychiatric Disorders.' V: *Creating Mental Illness*. Allan V. Horwitz, ur. Chicago in London: University of Chicago Press. Str. 79-103.

Strbad, Mateja, Igor Švab, Bojan Zalar in Vesna Švab

- 2008 'Stigma duševne bolezni: primerjava stališč bolnikov in študentov v Sloveniji.' *Zdravniški vestnik: glasilo slovenskega zdravniškega društva* 8(77): 481-5.

Styron, William

- 2010 *Vidna tema: Izpoved o depresiji*. Ljubljana: Mladinska knjiga.

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO)

- 2011 'Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja.' Spletni vir:
http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javna_razprava_2011/resoluc_dusevno_zdravje/Resolucija_dusevno_zdravje_060411.pdf.
Pridobljeno 18. 3. 2016.

Szasz, Thomas Stephen

- 1980 *Ideologija i ludilo: članci o psihijatrijskoj dehumanizaciji čovjeka*. Zagreb: Naprijed.
- 2013 *Kraja človeka: eseji proti medikalizaciji vsakdanjega življenja*. Ljubljana: Umco.

Tavčar-Medič, Sonja

- 1974 'Rehabilitacijski proces kroničnega duševnega bolnika in vloga medicinske sestre.' *Obzornik zdravstvene nege* 8(1): 20-3.

Thoits, Peggy A.

- 2003 'Social Approaches to Mental Illness.' V: *Creating Mental Illness*. Allan V. Horwitz, ur. Chicago in London: University of Chicago Press: 121-38.

Trpin Katarić, Anita

- 2013 'Splošni psihiatrični oddelek - ženski S2.' V: *Psihiatrična bolnišnica Idrija: Strokovno poročilo za leto 2013*. Marko Pišljari, ur. Idrija: Psihiatrična bolnišnica. Str. 15-7.

Turner, Victor

1974 [1991] *The ritual process: structure and anti-structure*. New York in London: Aldine Transaction.

Ule, Mirijana

2003 *Spregledana razmerja: O družbenih vidikih sodobne medicine*. Maribor: Aristej.

Urek, Mojca

2008 'Avto/biografije skozi prizmo psihiatričnega azila.' *Dialogi* 44(10): 67-89.

Videmšek, Petra

2012 'Vloga uporabniških gibanj pri spreminjanju vpliva uporabnikov.' V: *Iz-hod iz totalnih ustanov med ljudi*. Vito Flaker in Andreja Rafaelič, ur. Ljubljana: Študentska založba. Str. 106-15.

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

Zakon o nepravdnem postopku (ZNP)

1986 'Zakon o nepravdnem postopku (ZNP).' Uradni list SRS, št. 30/86. Spletna stran: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO1212>
Pridobljeno 16. 6. 2016.

Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstveni dejavnosti (ZZDej-J)

2013 'Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstveni dejavnosti (ZZDej-J).' Uradni list RS, št. 14/2013. Spletna stran: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO492>. Pridobljeno 15. 6. 2016.

Zalokar, Jurij

1985 *Kratek pregled psihiatrije*. Idrija, Šempeter pri Gorici: Psihiatrična bolnišnica Idrija.

Zaviršek, Darja

- 1993 'Psihiatrični oddelek med boleznijo in njeno kulturno manifestacijo.'
Socialno delo 33(1-5): 39-49.

Zeji, Vida

- 1993 'Narodna identiteta in javni prostor.' *Teorija in praksa* 30(11-12): 1214-1225.

Žmitek, Andrej

- 2015 'Svojci bolnikov s shizofrenijo.' V: *Svojci bolnikov z duševnimi motnjami*.
Andrej Žmitek, ur. Begunje: Psihiatrična bolnišnica. Str. 82-105.

Wedel, Johan

- 2009 'Bridging the gap between western and Indigenous Medicine in Eastern
Nicaragua.' *Antropological Notebooks* 15(1): 49-64.

Weinstein, Raymond M.

- 1982 'Goffman's Asylums and the Social Situation of Mental Patients.'
Orthomolecular Psychiatry 11(4): 267-74.

Weir, Kirsten

- 2012 'The roots of mental illness: How much on mental illness can biology
explain?' *Monitor on Psychology* 43(6): 30.

Wutzel, Elizabeth

- 1994 *Prozac nation*. Boston: Houghton Mifflin.

SUMMARY

Mental health and mental illness are processes which describe a human metamorphosis, a transition from health to illness and from illness to health. The process includes the *incubation phase* of an illness, during which the first negative and/or positive symptoms of the disorder begin to show. This is followed by the *liminal* phase, during which the illness is fully expressed and becomes recognisable. The patient receives both psychotherapy and pharmacological therapy. The final phase for an ill individual is called *latent post-liminality*, wherein the boundaries between health and illness are again blurred and therefore unclear, just as they were unclear during the incubation phase. In both phases, the incubation phase and the post-liminal phase, the illness is of latent nature and therefore difficult to perceive, notice and define.

Mental illness is often connected with inertia and/or some kind of a negative turning point in life, at which the individual's former way of life is (temporarily) interrupted. Precisely this break with the individual's established work and work habits, which includes a change into their behaviour, is supposed to arouse suspicion of the presence of mental illness. Nevertheless, initially we often do not connect the individual's changed behaviour and unstable mental state with illness. To make that connection, the patient has to be recognised as deviant first. Only at this level, individuals from a structured community make a connection between the patient's psyche and illness, liminality and treatment. Although liminality had been omnipresent before, it is only now, with the occurrence of the patient's deviance, followed by psychiatric treatment, that liminality is socially manifested and, as such, socially recognised.

A mentally ill patient suffers from a variety of afflictions: from possible feelings of melancholia, sadness, anger, confusion, paranoia and insomnia to suffering different real and imagined physical pains. Such patients feel that something is wrong with them. However, since we have become too used to listening to ourselves in life, such patients are likely to believe the voices which drive them further away from reality. To give an example: how can we persuade schizophrenic patients not to listen to their voices or think

about their associations, when we have been telling them all their lives that they have to listen to themselves and direct their life paths accordingly?

In modern psychiatry, an acute manifestation of mental illness is managed with pharmacological treatment and different psychotherapeutic techniques. They help the patient to gradually improve their psychophysical state and learn how to successfully cope with life's challenges. But how do the psychiatrists respond to latent symptoms if they are barely noticeable? An open discussion plays an important role here: it is important to talk about the thoughts, feelings, emotions and behaviour, which we judge based on what the society considers normal.

The home environment and the individual's character may encourage the development of a hereditary illness which in different circumstances may not have developed. Therefore, the purpose of psychophysical well-being is a defence against any disorder and illness, as well as achieving physical and mental balance. As a creature of balanced emotions and clear mind, an individual is on the path of prevention and psychophysical health, which – despite the developments in this field – is not promoted enough by our public health system.

Izjava o avtorstvu

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

Ljubljana, 22. 8. 2016

Tina Pegan

Izjava kandidatke

Spodaj podpisana Tina Pegan izjavljam, da je besedilo diplomskega dela v tiskani in elektronski obliki istovetno in dovoljujem objavo diplomskega dela na fakultetnih spletnih straneh.

Datum: 26. 9. 2016

Podpis: