

Vito Flaker

PODMENE OBVEZNIH UKREPOV NA PODROČJU DUŠEVNIH STISK IN NJIHOVE TRANSFORMACIJE

UVODNA OPOMBA

Pričujoče besedilo je nastalo ob delu iniciativne skupine za zakonodajo, ki se je ustanovila jeseni 1995.¹ Namen skupine je bil, da aktivno sodeluje pri ustvarjanju nove zakonodaje, ki se je takrat začelo, ter da v tem procesu zagotovi zaščito interesov uporabnikov in omogoči razvoj skrbi za ljudi v duševni stiski (gl. platformo v biltenu skupine, 1996). Napisal sem ga najprej kot pripomoček naši in sedaj tudi širši diskusiji. Zdelo se je namreč potrebno razmisliti nekatere temeljne pojme, preden bi se lotili skiciranja konkretnih postopkov. Le tako se lahko izognemo reaktivnemu, le popravljalškemu početju. Treba je stopiti korak nazaj od obstoječega in pogledati ista vprašanja na novo, iz širšega zornega kota, da bi lahko nove predloge zastavili logično utemeljeno in konsistentno. Zato skušam v tem prispevku tako rekoč *ab ovo* razčleniti nekatere temeljne pojmovne probleme, ki izhajajo iz situacij, ki zahtevajo obvezne ukrepe. Morda se bo moja analiza marsikomu zdelala preveč abstraktna in formalna ter neživljenjska. Tudi sam se zavedam teh pomankljivosti in gotovo bi tovrstna analiza le pridobila, če bi temeljila tudi na razumevanju zgodovinskega okvira in če bi bila podkrepjena z etnografskim materialom in primerjavo

različnih sistemov. Vendar bi za to potrebovali več prostora, vrhu tega pa se mi je zdel formalna analiza ustrezna, ko govorimo o formalnih, justičnih pojmi. Upam, da bo diskusija vključila tudi zane-marjene vidike ter da bo ta moj poskus prispeval k temu, da temeljito premislimo možnosti, ki jih lahko z novo zakonodajo vpeljemo za dobrobit ljudi, ki se znajdejo v duševni stiski.

I

Zakonodaja na področju duševnega zdravja se ponavadi ukvarja zlasti z vprašanjem, kdaj in pod kakšnimi pogoji lahko koga proti njegovi volji zapremo v bolnišnico ali kakšen drug zavod. Kajti gre za temeljno pravico do svobode gibanja. Po drugi strani gre tudi za vprašanja pravice do pomoči, ki naj bi jih imeli nemočni člani družbe. In pa seveda za protislovje med tema dvema sklopoma pravic. Če postavimo drugače, gre tudi za protislovje med obvarovanjem družbe pred nevarnostjo, ki jo lahko nekdo v krizi, ki se pogosto imenuje psihotična, povzroča, in pa med obvezo družbe, da nemočnemu pomaga. Žal se je v zgodovini zahodnega sveta zgodilo tako, da sta bila procesa velikokrat istovetna: zapiranje je pomenilo pomoč in narobe, pomoč je velikokrat pomenila zapiranje. V

¹ Na neki način je ta prispevek tudi kolektivno delo. Ne samo, da je nastajal iz potrebe neke skupine, ampak se moram skupini, zlasti Mihi Ciglerju, Tjaši Strobl Kragelj, Katarini Lavš, Nevenki Močnik in Marjanu Vončini zahvaliti tudi za komentarje. Te so nesebično prispevali tudi Knud Jensen, Dragan Petrovec, Ann Davis in Shula Ramon, ko sem jih za to prosil.

zadnjih desetletjih pa se je ta metonimično-metaforičen odnos med zapiranjem in pomočjo razblinil; uveljavilo se je prepričanje, da je mogoče pomagati ljudem v stiski na zelo veliko načinov, ne da jih zapirali, še več, da je zapiranje prekone nasprotno procesom pomoči. Tendanca je, da se presečišče obeh spravi na najmanjšo možno mero. Poleg tega se uveljavlja tudi prepričanje, da tudi za preprečevanje nevarnosti ni potrebno zapiranje, ampak je mogoče nevarnost pogosto preprečiti, ne da bi človeka zaprli.

Še vedno pa gre za dva procesa, ki sta si v marsičem nasprotna in asimetrična. Pri preprečevanju nevarnosti, ki jo lahko posameznik pomeni drugim, se pravi družbi, gre za obveznost posameznika, da se drži temeljnih družbenih pravil, ki mu prepovedujejo ogrožanje drugih in njihove lastnine, hkrati pa tudi za obveznost družbe, da nevarnosti odkloni ali minimalizira. Pri pravici do pomoči pa gre izključno za obveznost družbe, da pomaga nemočnemu, medtem ko potencialni prejemnik pomoči ni zavezan k ničemu, še zlasti ne k temu, da pomoč sprejme. Poleg tega gre za družbeno obveznost varovati pravice tistih, ki so izpostavljeni tem postopkom.

Ker ne gre le za prisiljevanje posameznikov, ampak tudi za dolžnosti državnih služb glede izvajanja pomoči, in ker nam gre za to, da ukrepe zapiranja nadomestimo z drugimi, se nam zdi, da bi bilo postopke, s katerimi se ukvarjamo in ki so jih tradicionalno poimenovali »prisilna hospitalizacija«, »pridržanje v zdravstvenem ali socialnem zavodu« (Zakon o nepravdnem postopku) ustrezneje poimenovati *obvezne ukrepe na področju duševnega zdravja*.

K protislovju med pomočjo in preprečevanjem nevarnosti se bomo še vrnili, najprej pa поблиžje pogledimo pogoje, ki uvajajo ukrepe, ki jih hočemo obravnavati.

STANJE, KI POGOJUJE OBVEZNE UKREPE: DEFINIRANJE PODROČJA

Po navadi so ukrepi na tem področju definirani s pojmom duševne bolezni ali motnje. Poleg nevarnosti za druge in sebe ter nujne pomoči je namreč potrebna posebna kvalifikacija, ki omejuje to področje od drugih področij, kjer so ljudje potrebni pomoči ali pa nevarni sebi ali drugim. Zato je treba posebej definirati, kaj je to, kar zelo različno poimenujemo: duševne bolezni, stiske, krize, motnje, psihoze itn. Tradicionalno, pred pojavom psihiatrije in v njenih začetkih, je bila norost povezana z blodnjami,² se pravi z doživetji, ki so izrazito odstopala od ustaljenih definicij vsakdanje stvarnosti oziroma kolektivnih okvirov, ki lahko tako izkušnjo, tudi če je nevsakdanja, opremijo s kolektivnimi pomeni (npr. mistične izkušnje). Pri tovrstni definiciji naletimo na dva problema. Prvič, težko je razlikovati blodnje oz. halucinacije od drugih pojavov, ki sodijo v široko kategorijo spremenjenih stanj zavesti. Drugič, kaj kmalu je psihiatrija razširila svoje področje onkraj blodenj in sicer na področja, kjer ne gre zgolj za spremenjene zaznave stvarnosti, ampak tudi za zgrešene ideje, način mišljenja, čustvovanja itn. Se pravi, da ne gre le za ljudi, ki npr. vidijo ali slišijo svoje preganjalce, ampak tudi za tiste, ki na neutemeljen način pridejo do sklepa, da jih preganjajo, ter vanj trdno verjamejo.

S sociološkega stališča primarna deviantnost, ki v toku družbene reakcije dobi nalepko duševne bolezni, ne sovпада z nobenim posebnim tipom vedenja, ki bi bilo samo po sebi nenormalno,³ ampak je za etiketiranje duševnih bolnikov značilno to, kar Scheff (1966) poimenuje rezidualna deviantnost. Gre za niz različnih in raznorodnih prekrškov zlasti na področju interakcij med ljudmi, ki jih ni moč kako drugače kategorizirati. V okviru naše diskusije je treba poudariti, da ti

² Še Georget je leta 1820 vzkliknil: »Ni norosti brez delirija!« (Castel 1976: 175).

³ Druge vrste deviantnih etiket vsaj na idealni ravni odgovarjajo določenim in precej jasno opredeljenim dejanjem: junkiji uživajo mamila, lopovi kradejo itd.; duševni bolniki ne delajo nič tako specifičnega.

prekrški med drugim pomenijo izpraznitev oz. defekt glede na mesto, ki ga posameznik ponavadi v interakcijah zaseda (Goffman 1963; 1971).

Psihiatrične diagnoze imajo kup pomankljivosti, ki onemogočajo, da bi bile uporabne za jasno določanje in razmejitve obveznih ukrepov na področju duševnega zdravlja. Prvič, so nezanesljive, se pravi, da se s časom in različimi ocenjevalci spreminjajo (Rode 1995). Drugič, njihova veljavnost je majhna (npr. Rosenhahnov eksperiment, Rosenhahn 1973/1991). Tretjič, so logično nevzdržne, saj je način postavljanja diagnoz disjunktiven, v nasprotju s somatskimi, kjer postavljanje diagnoz temelji na konjunkciji določenih simptomov (Mesec 1988). Se pravi, da bi lahko postavili diagnoze zelo široki populaciji pojavov. Zlasti pa so zelo situacijsko pogojene, po eni strani odvisne od mase prekrškov, ki jih situacija, kjer se motnja pojavi, še prenese oz. ne prenese več, se pravi, da je njihova razumljivost možna le znotraj konteksta (Goffman 1961). In konec koncev jo vzpostavlja tudi sam ukrep in je torej definicija cirkularna (Flaker 1995).

Iz te diskusije lahko potegnemo tri sklepe, ki so pomembni za postavljanje zakonodaje. Prvič, da ni mogoče priti do jasne in določne definicije področja. Čeprav je želja, da bi se s natančnejšimi opredelitvami to popravilo (Jensen 1993), menimo, da ni nič narobe, če je definicija področja, ki ga ureja zakonodaja, preveč ohlapna, če jo spremljajo še mehanizmi, ki na konkretni ravni to popravijo. Drugič, da gre pri omejevanju področja, ki naj bi ga urejali obvezni ukrepi, zlasti za vprašanja prisebnosti in istovetnosti, s čemer se bomo še ukvarjali. In tretjič, glede na to, da so definicije cirkularne, je nujno, da v posameznih primerih za definicijo oz. presojo, ali je potreben obvezni ukrep, izhajamo iz situacijskega okvira.

Se pravi, da bi lahko bila definicija področja na splošni ravni zelo široka, na ravni konkretnih primerov pa zelo restriktivna in zavezana umevanju o realnih okoliščinah situacije.

NEVARNOST KOT PODMENA OBVEZNIH UKREPOV

Nevarnost je v načelu predmet kazenskega prava. To zlasti velja za nevarnost, ki jo predstavlja človek drugim. V načelu naj bi imel vsakdo proste roke, da je nevaren samemu sebi. To pravico priznamo (z določenimi zadržki) glede samomora in tveganih športov, manj pa v zvezi z mamili.⁴

Na prvo komplikacijo naletimo pri ugotovitvi, da človek, ki ni bil pri sebi, ko je storil kaznivo dejanje, ni predmet kazenskega prava. Ne sodimo njemu, ampak nekomu ali nečemu drugemu. Druga komplikacija nastane, če človek še ni storil kaznivega dejanja, predvidevamo pa, da bi ga lahko, ker ni pri sebi. Tretja komplikacija je, če je, ko ni pri sebi, nevaren sebi.

V načelu je prva komplikacija precej enostavno rešljiva. Sodišče ugotovi, da človek ni bil pri sebi in da torej ni odgovoren za kaznivo dejanje. S tem tudi ni več predmet presojanja krivde⁵ in če jo potrebuje, postane predmet pomoči.

Druga komplikacija je bolj problematična, ker človek še ni storil kaznivega dejanja ali prekrška. Tu se soočamo z dvema anticipiranima nevarnostima. Prvič, da bo škodil drugim, drugič, da bo s tem posredno škodil sebi, oz., da se bo, ko bo ali bi prišel k sebi, svojega dejanja kesal in ga obžaloval. Druga nevarnost je pravzaprav že tretja komplikacija, prvo nevarnost pa kazensko pravo obravnava v načelu le, če obstajajo pripravljalna dejanja ali pa poskus kaznivega dejanja. Srž te komplikacije je, da lahko rečemo, da obstaja nevarnost, vendar pa je

⁴ Za diskusijo o tej anomaliji v umevanju meščanske svobode in odgovornosti gl. Husakovo (1992) razpravo.

⁵ V načelu naj torej teža storjenega dejanja in pa oblika pomoči ne bi bila v nikakršnem odnosu. Morilca bi morali izpustiti, če ni bil pri sebi, ko je storil dejanje, če bi se izkazalo, da ne potrebuje zdravljenja. V praksi pa je ponavadi tako, da se kazni *nadomesti* z ukrepom obveznega zdravljenja ter da ukrep ponavadi odraža težo storjenega dejanja.

problematičen subjekt nevarnosti, kajti, če kdo ni pri sebi, ne izvrši dejanja »on sam«. Tako je morebiti bolj smiselno govoriti o dogodkih, ki so lahko nevarni drugim, kot pa o dejanjih. Da bi družba zavarovala svoje člane pred nevarnostmi desubjektiviziranih posameznikov, ji je potrebna druga instanca, kot je kazensko pravosodni sistem. Naloga te instance naj bi bila oceniti realno nevarnost možnega dogodka in jo preprečiti. Primer za to je npr. varnost v prometu, kjer država oceni cestni odsek za nevaren in vpelje omejitve hitrosti.⁶

Tretja komplikacija je za našo diskusijo še najbolj poučna. Namreč, če smo uvodoma priznali posamezniku pravico, da si je nevaren in da lahko samemu sebi škoduje, tu komplikacija nastane s tem, da človek, ki ni pri sebi, ne škoduje sebi, ali pa mu škoduje nekaj drugega. Tako dobimo dva subjekta, agensa oz. nosilca človekove identitete. Prvega, dejanskega, ki je pripravljen škoditi samemu sebi oz. drugemu sebi, in drugega, virtualnega, tistega, za katerega se predpostavlja, da je glede svojih biografskih značilnosti (spol, starost, izobrazba, družbene vloge ipd.) tak in tak, pa v tem trenutku ni. Ker gre tukaj za netelesne transformacije istovetnosti, se pravi, gre za isto telo, ne pa za isti um, to ne more biti predmet delovanja pravosodne ustanove in represivnih organov države.⁷ Se pravi, da v tem primeru država spet potrebuje drugo instanco, ki bo varovala državljane pred tistim delom njih samih, ki ga je mogoče definirati kot ne-sebe.

Se pravi, da lahko glede na podmeno, da so obvezni ukrepi na področju duševnega zdravja nujni zaradi nevarnosti, ki bi jo lahko povzročali ljudje v duševni stiski, sklenemo, da so potrebni naslednji ukrepi:

- ocena prisebnosti,
- ocena nevarnosti oz. analiza tveganja,
- taktike zmanjševanja nevarnosti
- in taktike omogočanja prisebnosti, se pravi, krepitve moči.

POMOČ KOT PODMENA UKREPOV

Splošni obrazec pomoči v zahodni meščanski družbi bi lahko opisali tako, da je za tistega, ki pomoč daje, lahko ali obvezna ali prostovoljna, za prejemnika pa je izključno prostovoljna. Se pravi, odrasla oseba naj bi bila sposobna sprejeti ali zavrniti ponujeno pomoč. Seveda to velja samo za civilne situacije, kjer posameznik nastopa kot državljan, ki se je sposoben odločiti o svojem blagostanju, in vis-à-vis človeka, ki mu to priznava. V situacijah, ko ta definicija ne velja, pa je drugače. Če komu spodrsne, ga bomo ujeli, preden ga bomo vprašali, ali je pripravljen sprejeti našo pomoč. Nas seveda zanima prva vrsta pomoči, kajti ta je tista, ki jo je država včasih tudi obvezna ponuditi, a dokler ima prejemnik pomoči status državljana, je ni obvezen sprejeti.⁸

Na vprašanje, kdaj je posameznik dolžan sprejeti pomoč te vrste, lahko potem odgovorimo, da le takrat, ko ni sposoben, oz., ko je nemočen odločiti se, ali bo pomoč zavrnil ali sprejel, se pravi, ko ni pri sebi. Se pravi, smo spet pri problemu prisebnosti, prištevnosti in istovetnosti.

Obenem pa obstaja tudi vprašanje škode ali poškodbe, ki jo lahko povzroči odsotnost pomoči. Če lahko ne anticipiramo nobene škode ali le majhno, je ne glede na to, ali je kdo povsem neprisen, potreba, da bi mu vsiljevali pomoč, tudi zelo majhna ali pa je sploh ni. Potreba, da prekoračimo meje osebnega

⁶ Podobne primere lahko najdemo tudi na področju higiene in javnega zdravstva.

⁷ Bilo bi si sicer mogoče zamisliti sodni spor, kjer bi država zastopala virtualni del posameznika in/ali sodila dejanskemu. V spominu mi je ostalo tudi, da se je to tudi že zgodilo v ZDA v primeru ljudi z mnogoterimi osebnostmi.

⁸ Tu gre za povsem meščanski način pojmovanja pomoči. Fevdalne in plemenske obveze glede prejetja pomoči so lahko precej drugačne. Seveda pa v meščanski družbi obstajajo tudi drugi obrasci pomoči, kjer je posameznik obvezan sprejeti pomoč. Vendar ti odnosi, ki temeljijo na medsebojni zaveznosti in odvisnosti, ležijo onkraj pogodbenih odnosov, npr. v družinskih sferah ipd.

odločanja, ne glede na to, koliko je odločanje prizadeto in neprisebno, se mora primerjati z škodo, ki jo lahko oseba utrpi.

Pri tem je pomembno tudi, kako zastavimo vprašanje o potrebnosti pomoči. Po navadi si ga zastavimo na napačen način. Če namreč vprašamo, ali je posameznik pripravljen sprejeti ponujeno pomoč ali jo bo zavrnil, smo iz definiranja pomoči tega posameznika izključili. Namreč, imperativ prostovoljnosti sprejemanja pomoči ne vsebuje le pasivne odločitve glede ponudbe, ampak tudi možnost, da si človek želi pomoč. Se pravi, vprašanje, ki ga moramo tudi postaviti, je, kakšno pomoč si morebitni prejemnik pomoči želi, ali še bolje, lahko ga vprašamo in skušamo dognati, kaj si v svojem življenju želi, hoče ali potrebuje. In šele potem vprašamo, ali mu lahko pri tem pomagamo. Možnost, da bo prejemnik pomoči odklonil pomoč, ki si jo sam želi, je radikalno manjša.

Postopki, ki jih moramo pri ugotavljanju voljnosti do pomoči opraviti, so torej precej podobni tistim, ki se tičejo nevarnosti: ugotoviti stopnjo prisebnosti in analizirati nevarnost poškodbe, do katere bi prišlo, če bi pomoč opustili. *Pred tem* pa moramo ugotoviti, kakšno pomoč si posameznik želi, ali si jo sploh želi, oz., kaj si sploh želi.

MED NEVARNOSTJO IN POMOČJO

Če se vrnemo k protislovju med nevarnostjo in pomočjo kot osnovnima podmenama obveznih ukrepov, lahko vidimo, da se glede postopkov, ki smo jih predvideli kot potrebne za njihovo uvažanje, ne razlikujeta preveč. Analiza tveganja in ocena prisebnosti in odgovarjajoči načrti zmanjševaja prvega in povečevanja drugega se zdijo potrebni v obeh primerih, tako zato, da jih sploh upravičijo, kot tudi, da minimalizirajo njihove represivne učinke. Hkrati pa lahko ugotavljamo, da obstaja ključna razlika. Ko govorimo o nevarnosti, nas zanima (včasih predvsem) nevarnost, ki jo človek predstavlja drugim, medtem ko nas pri

pomoči zanima le škoda, ki jo človek lahko doživi.

Lahko bi sicer prišli do sklepa, da škodovanje drugim prej ali slej pripelje tudi do škodovanja sebi. Toda četudi bi to bilo res v vsakdanjem življenju, pa tega ne moremo predpostaviti v okviru diskurza o javnih ukrepih. Predvidevati moramo namreč, da bodo vedno obstajala tudi dejanja, ki bodo škodovala le drugim.

A to ni le teoretsko vprašanje, ampak določa tudi to, kako se v neko situacijo vključujemo, kako jo beremo. Ali je to nevarno drugim, ali pa gre morda za morebitno škodo sebi? Odgovor na to vprašanje bo določil, kako bomo razvozlali zadevo. Ne bo nujno spremenilo oblike postopkov, ki jih bomo uporabili, bo pa določilo način, kako se bomo vključili v situacijo. Če bo tveganje nevarnosti ključ do razumevanja dogajanja, bomo iskali rešitve, ki bodo poudarjale varnost družbenega tkiva. Če bomo hoteli komu pomagati, pa bomo iskali rešitev, ki bo poudarila njegovo ali njeno blagostanje, vključno z digniteto tveganja pri sprejemanju odločitev.

Ta dilema je navedla italijanske reformatorje, da so iz nove zakonodaje o obveznih ukrepih izločili pojem nevarnosti. Če naj povzamem Basaglio (1987), je bil namen tega natanko to, da bi opustili vlogo paznika družbenega telesa in da bi lahko izvajali tiste usluge, ki jih oseba potrebuje. Pri tem moramo opozoriti na dve zadevi. Ta poteza je bila narejena hkrati z odpravljanjem zaprtega prostora azila kot pglavitnega psihiatričnega orodja. To pomeni, da delavci na področju duševnega zdravlja nimajo pogojev, da bi bili pazniki javnega reda preoblečeni v pomagače, vsaj ne na ravni tega, da lahko koga pridržijo. To jim je sprostilo možnosti, da se lahko spustijo na področje, kjer so mogoči pogajanje in bolj pogodbeni odnosi z ljudmi. Hkrati pa to pomeni, da se mora z nevarnostjo in konfliktom interesov, ki obstaja v nevarnosti, ukvarjati skupnost, ali pa se z njo vsaj ukvarjamo v skupnosti. Se pravi, da pojem nevarnosti ne preneha obstajati, ampak preneha biti izključna lastnina

delavcev duševnega zdravja. Postane skupna zadeva, predmet najprej neformalnih pogajanj udeležencev situacije in nato pravnega postopka. To zahteva dvoje postopkov. Prvi je, da se ustvari v skupnosti prizorišče dialoškega ocenjevanja tveganja, drugi pa, da se v postopke določanja obveznih ukrepov vgradijo mehanizmi krepitve moči. Zapletov s tem se bomo lotili v naslednjem razdelku.

OBVEZNI UKREPI KOT OBLIKA
POSEBNEGA SKRBNIŠTVA,
OPOROKE ALI POOBLASTILA

Vprašanje, ki si ga velja postaviti, je, kaj lahko človek naredi, ko ni pri sebi. Iz civilnega življenja poznamo vsaj tri tipe situacij, ko do tega pride. Prva je, ko človek še ni pri sebi, npr. otrok, ali še bolje, dojenček, se pravi, nima še razvitih sposobnosti, ki mu omogočajo dojemanje in obvladovanje sveta, in potrebuje človeka, ki bo urejal te stvari namesto njega. Druga je, ko hoče človek z oporoko uveljaviti svojo voljo po smrti. In tretja je, ko človek ne more biti telesno navzoč na kakšnem kraju, da bi tam zagovarjal svoje interese, in je namesto njega tam njegov pooblaščenec ali zastopnik. To so trije načini, kako lahko človek, ki ni pri sebi, vzpostavi svojo virtualno sestvo kot agensa svoje volje.

Tradicionalno je pri vprašanih duševnega zdravja, ali bolje rečeno, motenj duševnega zdravja veljal prvi tip reševanja zagate istovetnosti oz. prisebnosti – skrbništvo (Castel 1976). V različnih zakonodajah je z različnimi poudarki družinska, pravosodna ali upravna, zlasti pa zdravstvena (psihiatrična) oblast prevzela pri prisilnih ukrepih virtualno subjektiviteto posameznika in ukrepala v njegovo dobro. Šele v zadnjih letih sta se začela bolj uveljavljati tudi druga dva tipa vzpostavljanja virtualne istovetnosti. Malo manj s psihiatrično oporoko (Szasz 1982; Halpern 1996) in več z različnimi oblikami zagovornišva (npr. Rose, Black 1985; Brandon 1995).

Skrbnništvo je problematično na več načinov. Že apriori zanika možnost vsake

subjektivitete posamezniku, ga spravi v položaj dojenčka in ga povsem izključi iz kroga pogodbenih odnosov. Ta operacija se zelo dobro sklada z državno/družinsko naravo ustaljenih intervencij na tem področju in z osnovnim obrazcem ukrepov, t. j. zapiranjem. Virtualna identiteta je v tem primeru skonstruirana povsem družbeno, celo državno, zlasti pa dobesedno abstraktno, brez vsakega stika z dejansko identiteto, brez stika ali posvetovanja s posameznikom, ki se ga ukrep tiče. Po drugi strani pa sta druga dva tipa nadomeščanja identitete bolj »civilna«. Omočata namreč po eni strani, da je bila virtualna identiteta vsaj v preteklosti istovetna z dejansko, po drugi strani pa omočata pogajanje med zastopstvom posameznikove volje in državnimi (in tudi družinskimi) instancami, ki so dolžne ukrepati, v primeru pooblaščenca pa tudi komunikacijo med dejanskim in virtualnim sebe.

Razlika med tremi tipi posredovanja virtualne identitete (skrbništvom, oporoko in pooblaščenjem) in med situacijami neprisebnosti na področju duševnega zdravja, za katere bi jih lahko uporabili, je hkrati komplikacija in prednost. Pri neprisebnosti gre namreč za to, da sta dejansko telo in identiteta prisotna paralelno z virtualno, medtem ko je v prejšnjih primerih bodisi še ni, ni več, ali pa je kje drugje. To pa pomeni, da dejanski sebe vedno znova hoče vplivati na dogajanje, čeprav mu je bilo odtujeno virtualno sebe. To v pravnem smislu sicer naredi situacijo manj jasno, prednost tega vpletanja dejanskega sebe pa je v tem, da se lahko vedno znova vzpostavlja zveza med virtualnim in dejanskim sebe.

To se navsezadnje kar naprej dogaja v identitetnem delovanju vsakega posameznika (Goffman 1963; 1971). Vsem se nam dogaja, da nas ni tam, kjer bi morali biti, da se izognemo tistemu, kar bi morali narediti, da postanemo žrtev komedije zmešnjav, da se nam zdi prav kaj drugega, kot bi se nam moralo, da kaj pozabimo itn., se pravi, da nismo pri sebi. Vendar te sprodrsljaje, napake, *faux pas*, sproti popravimo z opravičili, pojasnili, razlagami.

Gre tudi za to, da svoj osebni biografski interpretativni okvir uskladimo z za druge sprejemljivimi okviri.

Bolezen in vloga bolnika (Parsons 1951; Erikson 1957) izpeljeta to operacijo na več ravneh. Opravičita odsotnost običajnega sebe, pojasnita razloge za ta primanjkljaj, vzpostavita skrbniški odnos in omogočita umik posameznika v »sterilno« okolje bolnišnice. Skratka, institut bolnika omogoča zamrznitev civilnih obveznosti posameznika. Njegova prvenstvena obveznost, ki jo ima do drugih, je zdraviti se. Kar pri »duševni bolezni« pomeni uvideti svoje zmote in zasesti svoje staro mesto. Uvid je tudi hkrati priznanje krivde, kesanje in opravičilo.

Poleg logičnih, spoznavno teoretskih in socialnih (stigma) problematičnih strani vloge bolnika in pojma bolezni je ta problematična tudi na ravni popravljalnega mehanizma kriz istovetnosti. Bolezen sicer zagotavlja posamezniku razcep med bolno in zdravo identiteto in torej soobstoja virtualne in dejanske identitete, vendar pa je ta operacija preveč enosmerna in posplošujoča. Če vzamemo metaforo sodišča, je bolna/dejanska identiteta avtomatično kriva, vsaj do svoje ozdravitve-priznanja krivde-uvida. Moralno sprejemljiva pa so le tista dejanja, ki pripeljejo k temu. Tako dejanska identiteta ostane brez besede, brez vpliva na stvarnost, bolezenska nezmožnost pa se posploši na celotno stanje posameznika, ki tako ostane z močno zmanjšanimi možnostmi za pogajanje, litigacijo.

V tem smislu so superiornejše tiste oblike reševanja identitetnih zagat, ki omogočajo posredovanje posameznikove volje tudi s položaja dejanske identitete. Se pravi, da je pooblaščenec (npr. laični ali pa tudi profesionalni zagovornik) v stiku s posameznikom, njegovimi hotenji in interesi, ki jih zelo redko in največkrat za krajši čas povsem izgubi. Kajti, kot smo nakazali, je lastnost popravljalnih ritualov v vsakdanjem življenju, ko zapustimo

mesto svoje virtualne identitete, ravno v vzpostavljanju stika in kontinuitete med virtualno in dejansko identiteto. Npr., ko se opravičimo za *faux-pas*, udeležencem v situaciji pojasnimo, da tisto nismo bili zares mi ter da lahko v nadaljevanju interakcije računajo na nas kot na tistega, za katerega nas imajo.

To pomeni, da je morda še bolj kot ugotavljanje stopnje in kvalitete prisebnosti v situacijah duševnih stisk, ki terjajo obvezne ukrepe pomembno zagotavljati mehanizme, ki bodo proaktivno omogočali zavarovanje pogodbene (virtualne) identitete in prek sodelovanja dejanskega sebe v pogajanjih o (obveznih ali prostovoljnih) ukrepih omogočali kontinuiteto in vračanje posameznika na mesto virtualnega sebe.⁹

NEKAJ TEHNIČNIH OZIROV

PROSTORI,

KJER SE POJAVLJA NUJA OBVEZNIH UKREPOV

Naše življenje se navadno odvija v različnih prostorih, kjer se različno obnašamo in kjer veljajo različna pravila in jih obvladuje različna moč. Lahko razlikujemo zasebni, javni in institucionalni prostor. Zasebni prostor je praviloma najbolj zavarovan pred intervencijo zunanjih agensov, predstavnikov države ali kakršnekoli druge javne oblasti. Hkrati pa je posameznik zaradi tega, kadar živi v kolektivnem gospodinjstvu, prav v zasebnih prostorih po eni strani najbolj deležen medčloveške solidarnosti, zaupanja in naklonjenosti, po drugi pa je najbolj izpostavljen pritisku in volji drugih. Gospodinjstvo lahko imamo torej za kolektivno subjektiviteto, kjer je posamezniku že vnaprej odvzet del individualne volje in individualne identitete. Praktično to v primerih, ko pride do pobude za obvezni ukrep, pomeni, da se soočamo z zapleteno situacijo, v katero je vpleteno celo gospodinjstvo, ne glede na to, kaj je vzrok za zaplete.

⁹ Gre za to, da je treba statični koncept sebe, ki velja v pravu in medicini in temelji na sodbi ali diagnozi (o tem, koliko je človek pri sebi) zamenjati z bolj dinamičnim, ki je bolj značilen za perspektivo socialnega dela, ki gleda na »sebe« kot na fluiden koncept, ki ga ne le ugotavljamo, ampak ga je treba hkrati tudi graditi in mu krepiti moč.

V zasebni prostor lahko vstopimo le, če nas človek, ki ta prostor zaseda, povabi oz. nam to izrecno dovoli. Praktično to pomeni, da je v primerih, ko ugotavljamo potrebnost obveznih ukrepov ali jih hočemo izvajati, domače okolje posameznika najbolj neroden kraj za specialno civilno oblast, ki naj bi to uveljavila. Od tod težnja, da povabimo potencialnega uporabnika v poseben prostor, kjer se njegova suverenost, ki jo uživa doma, bistveno zmanjša in poveča suverenost strokovnjaka, ki naj bi interveniral. Pač pa obstaja možnost, da v zasebni prostor kdo vstopi, če ga povabijo drugi člani gospodinjstva.

V javnem prostoru smo si v nasprotju z domačim po definiciji med seboj tujci. To pomeni, da se morajo ljudje med seboj obnašati kareseda vljudno, se pravi, po pravilih javnega vedenja, po drugi strani pa, da imajo ljudje, ki se znajdejo v določeni situaciji, dosti manj moči drug nad drugim in so manj zavezani drug drugemu. Smo na voljo vsakomur, odgovorni pa nikomur posebej. Glede kršitev pravil se lahko ljudje dogovorijo med seboj in lahko vsakdo kadarkoli zapusti prostor, kjer ga kdo nadleguje, če pa gre za eksces, lahko pokliče na pomoč varuhe javnega reda in mira (policijo). To po eni strani pomeni, da je lahko javni prostor dosti bolj toleranten do ekscesov, po drugi strani pa, da je dostop (vsaj policije) do tistih, ki kalijo javni red, dosti lažji. Hkrati pa to pomeni, da obstaja težnja, da se prekški redno preusmerjajo iz javnega prostora v domači ali institucionalni prostor.

Institucionalni prostori v marsičem ležijo nekje vmes na kontinuumih različnih dimenzij, kjer sta si javni in zasebni prostor nasprotna. Kar je različnim institucionalnim prostorom skupno, je, da

vsak streže nekemu posebnemu namenu,¹⁰ v njem veljajo posebna pravila, ki jih zagotavlja posebna notranja oblast. Nekateri izmed teh prostorov so bolj odprti, dostopni vsakomur in skorajda del javnega prostora (npr. gostilna, javna knjižnica, trgovina), drugi pa so zaprti in ekskluzivni (npr. tovarna, šola, samostan). Bolj ko so zaprti, bolj ko sta članstvo in pripadnost jasna in bolj ko so povezave usodne (se pravi, da niso naključne), večja je moralna in tudi formalna odgovornost posebne oblasti, ki obvladuje ta prostor. Hkrati pa večina tovrstnih institucij skrbno pazi, da njihovega delovanja ne bi kontaminiralo domače življenje njenih članov in da se vanj ne bi vpletala splošna, javna oblast. Če prekrški v teh prostorih presegajo moč in kompetence krajevne oblasti, če jih institucionalni prostor ne more vsebovati, se preusmerijo bodisi v domače okolje bodisi v specialne ustanove, ki se ukvarjajo s tem.¹¹

Posebna oblika institucionalnega prostora so torej ustanove, ki so namenjene skrbi za nemočne (bolnice in socialni zavodi) in za preprečevanje nevarnosti, se pravi, varovanje skupnosti (zapor in pripor, karantena). V teh prostorih je odgovornost oblasti, ki obvladuje prostor, še bolj izražena in subjektivnost varovancev še bolj zmanjšana. Zaradi tega je napor, potreben za prekvalifikacijo prostovoljnega ukrepa v obveznega, manjši.¹²

Imamo torej tri tipe prostorov,¹³ ki ima vsaj svojo logiko delovanja, svojo oblast in svoje lastne komplikacije v zvezi z možnimi obveznimi ukrepi. Namen te členitve je dvojen. Prvič, opozoriti, da naj bi obezni ukrepi, ki bi jih vpeljala zakonodaja upoštevali te posebnosti. Pozornost je treba posvetiti na primer načinom vstopanja posameznih služb v zasebni

¹⁰ Zasebni in javni prostor sta v primerjavi z institucionalnimi izrazito bolj večnamenska in splošna.

¹¹ Vloga bolnika je npr. status, ki opraviči tako preusmerjanje in abdikacijo moči institucije nad posameznikom. Npr., če v internatu kdo zbolí, ga pošljejo v bolnišnico ali domov.

¹² Tehnično gre za preместitev iz ene ustanove v drugo, ne pa za namestitev, kot gre v primerih, če koga zaradi domnevne duševne bolezni hospitalizirajo.

¹³ Seveda obstaja veliko prostorov, ki so hibridni ali mejni glede teh treh tipov. Tako je npr. soseska ali vaška skupnost nekje vmes med zasebnim in javnim, gostilna, kot smo že omenili, med javnim in institucionalnim, stanovanjska skupina pa med institucionalnim in zasebnim.

prostor. Podobno je pomembno razmišljati o tem, kako ukrepati v primerih incidentov v javnosti. Glavna skrb pa naj bi veljala temu, kako vzdrževati meje med institucionalnim prostorom, od koder intervencije prihajajo, in med drugima dvema tipoma prostorov, saj se je v okoljih, kjer se je razvila skupnostna skrb, pokazala nevarnost spreminjanja zasebnega prostora v institucionalnega. Drugič pa smo hoteli poudariti, da naj bi imeli obvezni ukrepi svoj skupni imenovalac v tistih garancijah svobode in varnosti, ki jih ti prostori vsak zase zagotavljajo. Npr. zasebnost, ki nam je samoumevna v zasebnih prostorih, bi nam morala biti na voljo tudi v institucionalnih prostorih. Podobno bi morali imeti tudi podobno stopnjo svobode (npr. odhajanja in prihajanja) in spoštljivosti kot v javnih prostorih.

Postopki, ki si iz tovrstne analize izhajajo, bodo verjetno omajali in zabrisali doslej precej jasno določene meje. Institucionalni prostor, zgodovinsko in funkcionalno gledano, ustvarja zasebni prostor (z njegovo domestifikacijo) in javni prostor (z njegovo pacifikacijo). Na področju duševnega zdravja institucionalni prostor izvaja svojo funkcijo tako, da odstrani motnjo iz javnih in zasebnih prostorov in tako ohranja njihov običajni interakcijski red (Goffman 1971). Odsotnost jasno določenega institucionalnega prostora gotovo povzroča prerazporeditev mej med različnimi tipi prostorov in redov, ki jih zagotavljajo. Izkušnje iz deinstitutionaliziranih okolij nam govorijo o vdoru institucionalnega prostora in strokovnjaške logike v zasebni in javni prostor, smo pa priča tudi nasprotnim procesom, ko logika javnega in zasebnega prostora prodira v institucionalni prostor (npr. vključevanje prostovoljcev v delo zavodov, višji standardi zasebnosti itn.). Lahko govorimo o oblikovanju mešanih prostorov, kjer so možne nove sinteze, vendar so tudi diferenciali moči različnih

akterjev občutljivo vprašanje, ki določa red danega kraja.

AKTERJI

V procesih izvajanja in vzpostavljanja obveznih ukrepov sodelujejo različni akterji. Lahko jih razdelimo glede na to, kakšno vlogo imajo v teh procesih, lahko pa glede na njihovo »poreklo« oz. glede na to, kakšni družbeni grupaciji ali organizaciji pripadajo.

Če pogledamo najprej, v kakšnih vlogah nastopajo akterji, bomo videli, da v procesih hospitalizacije oz. v procesu, ki pelje v hospitalizacijo (predpacientna faza), tradicionalno (Goffman 1961) obstaja *pritožnik*, oseba, ki naredi prvo učinkovito potezo, ki pripelje do hospitalizacije, potem *bližnji*,¹⁴ človek, ki mu bodoči pacient najbolj zaupa in ki bi bil »naravno«, spontano tisti, ki naj bi zastopal njegove interese, in niz *posrednikov*, ki tlakujejo (z dobrimi nameni) pot do bolnišnice. To so ponavadi specializirani strokovnjaki (zdravniki, socialni delavci, psihologi ipd.) ali pooblaščen uradniki (policija), na katere se obrnejo zlasti bližnji in pritožnik. Njihova vloga v tradicionalni ureditvi je, da facilitirajo preoblikovanje predpacienta v pacienta ter omogočijo njegovo hospitalizacijo. Ves proces, ki ga opisuje Goffman, je namenjen temu, da se koga spravi iz njegovega okolja v bolnico in da se civilni status, ki ga ima oseba, preoblikuje v status bolnika. Pri tem ne gre le za preoblikovanje civilnega subjekta v predmet strokovne obravnave, ampak tudi za premagovanje spontanega odporov, da bi do tega prišlo, poskusov iskanja drugih poti in alternativnih razlag tako bodočega pacienta kakor njegovih bližnjih. Značilnost tega procesa je namreč tudi preoblikovanje bližnjega v ne-tako-bližnjega, občutek, da je bližnji izneveril zaupanje posebne vrste, do katerega naj bi bil v pacientovih očeh upravičen.¹⁵

¹⁴ Ponavadi so to svojci, a ne nujno.

¹⁵ Jensen poudarja, da so v danski zakonodaji svojci in drugi bližnji izločeni iz postopkov odločanja obveznih ukrepov prav zaradi tega, da se ne bi poslabšali njihovi odnosi.

S pojavom drugačnih pojmovanj in alternativnih oblik obravnave duševnih stisk so se začele pojavljati tudi druge vloge. Te vloge lahko strnemo v lik zagovornika. Zagovornik ima najprej vlogo priče procesa. Njemu se lahko človek, ki naj bi bil deležen obveznih ukrepov, potoži, hkrati pa je predstavnik splošne javnosti, pred katero drugi udeleženci procesa ne morejo narediti stvari »po domače«, zlorabiti svojih prerogativov. Po tem lahko deluje v smeri, da se pravice in svoboščine kot tudi interesi tega posameznika kolikor mogoče ohranijo. Na koncu pa tudi v tem, da poskuša kot zastopnik posameznika vplivati, da bi se dogodki odvijali skladno z njegovo voljo.¹⁶

Težko rešljiva je zagata bližnjih, ki so nemalokrat pritožniki in hkrati tudi naravni zagovorniki. Kajti ne glede na to, da obstaja možnost, da se jim odvzame moč odločanja o rabi obveznih ukrepov in poudari njihova zagovorniška vloga, s tem da se jim podeli moč protestiranja proti obveznim ukrepom (npr. angleška zakonodaja), so še vedno neredko ravno oni, ki problem, ki naj bi ga obvezni ukrepi reševali, pripeljejo na plano. Mogoče bi pomagalo, če bi bil osnovni obrazec sporočanja težav v gospodinjstvu »Pri nas je nekaj narobe« namesto »Z njim je nekaj narobe.« S tem bi bila dana osnova tudi za pomoč drugim, ki so vpleteni v nemogočo situacijo, hkrati pa bi razbremenili bližnje, ki jih prizadeta oseba pogosto doživi tako, kakor da so izneverili zaupanje.

Če pogledamo na akterje glede na status oz. izvor, bi lahko poleg osebe, ki potrebuje pomoč ali ki naj bi ogrožala varnost drugim, našli še njegove bližnje, prijatelje, sosede iz neformalnega sektorja, policijo, pravosodje, upravno administrativne organe, ombudsmana in splošne zdravnike, patronažno službo, psihiatre in drugo psihiatrično osebje,

socialne delavce in strokovnjake nekaterih svetovalnih služb izven zdravstva, pa tudi poklicne in laične zagovornike in člane uporabniških skupin in združenj. Z osebo se torej ukvarjajo trije t. i. sektorji formalni, neformalni in polformalni. Pomembna je navzočnost zlasti slednjega, ki lahko zaradi svoje neobremenjenosti s protislovjem med varovanjem pred nevarnostjo in potrebo po pomoči povsem pristransko in dosledno zastopa interese in želje osebe, ki jo je postopek zajel.

Glede na njihove kompetence in znanja, kot tudi glede na položaj, ki ga imajo glede na osebo v procesu, je treba redifinirati vlogo, ki jo bodo nosili pri intervencijah, povezanih z obveznimi ukrepi. Gre za to, katera instanca bo izdelala ekspertizo o prisebnosti posameznika in v sodelovanju s kom, kdo bo odločil, na katerem področju oz. za kakšna dejanja je posameznik nepriseben, kdo bo izdelal analizo tveganja in načrt taktik zmanjševanja tveganja, kdo bo naredil načrt pomoči in kdo bo vzpostavljajal stik med dejansko in virtualno osebo, kdo bo lahko ali moral biti skrbnik, kdo zastopnik, kdo lahko potrdi oporoko za primer neprisebnosti itn. Vse to glede na različne prostore, kjer se lahko nuja pojavi.

SKLEPI:

K NAČRTOVANJU POSTOPKOV UVAJANJA IN IZVAJANJA OBVEZNIH UKREPOV

Ko se sprašujemo o tem, kako bi izboljšali zakonodajo na področju duševnega zdravlja, še zlasti del, ki govori o postopkih, povezanih z ravnanjem proti volji ljudi, smo najprej prišli do sklepa, da je treba pretrgati razmišljanje, ki omejuje in usmerja te postopke zgolj v zaprte prostore psihiatričnih in drugih zavodov. Tak premik bi moral slediti naslednjim načelom:

- minimalizacija restriktivnosti
- skupnostna obravnava

¹⁶ Ni pa zadosti, da se ustvari nov institut zagovornika, temveč je pomembno, da se da ta možnost tudi bližnjim, kot tudi, da strokovnjaki v večji meri odigrajo zagovorniško vlogo. Saj je njihova vloga v postopkih, o katerih govorimo, vedno razcepljena na del, ki mora odgovarjati pritiskom družbenih pričakovanj po tem, da varuje družbene norme in teži k izključevanju posameznikov iz družbenih krogotokov, ter na del, ki naj bi deloval ravno nasprotno, se pravi, sporočal okolju želje, stiske in voljo posameznika, za katerega skrbi.

- civilno reševanje
- dialoško določanje problema
- krepitev moči
- kontekstualizacija
- diverzifikacija agentov in prostoro-

rov

Udejanjanje teh načel bi konkretno pomenilo:

1. Da te postopke poimenujemo *obvezni ukrepi* in tako poudarimo tudi obveznosti države in njenih predstavnikov kot tudi drugih akterjev v teh postopkih.

2. Sama opredelitev področja, na katerem bomo izvajali te postopke, je zaradi pojmovne nejasnosti in odvisnosti fenomenov od konteksta nastajanja težko opredeljiva na splošni ravni, zato morajo biti ti postopki zelo vezani na življenjski svet ljudi, ki se utegnejo v njih znajti, in tudi izhajati iz njega. Zato morajo postopki temeljiti na življenjskih in situacijskih specifičnostih posameznika. Isto velja za konkretne ukrepe, ali bolje rečeno, pakete ukrepov, ki naj bi odražali potrebe dejanskega in konkretnega posameznika v njegovem okolju in bi bili načrtovani za vsak primer posebej.

3. To in pa potreba, da se postopek premakne iz bolnišnice v skupnost, narekuje, da ga izvaja tim, ki izhaja iz skupnosti in je krajevno čim bližji samemu nastanku motnje.

4. Ukrepi naj bi izhajali zlasti iz podmene pomoči, se pravi, iz ugotavljanja, kaj posameznik v svojem življenjskem svetu potrebuje, kaj si želi in kaj hoče.

5. Postopek naj bi vključeval po eni strani analizo in oceno tveganja, t. j., analizo konkretnih groženj in nevarnosti v tisti konkretni situaciji, ki je sprožila postopek, in oceno prisebnosti.

6. Postopek bi vseboval načrtovanje, kako povečati prisebnost ob načrtovanju ukrepov zmanjševanja tveganja.

7. V postopke naj bi bili vgrajeni mehanizmi krepitev moči, zlasti z navzočnostjo zagovornikov (poklicnih in laičnih) in tudi z uporabo instrumenta oporoke oz. navodil za ravnanje v primeru krize.

8. S temi postopki naj ne bi zgolj uveljavljali načela minimalizacije restriktivnosti ukrepov (uporabiti ukrepe, ki so najmanj restriktivni, oz., preveriti, ali smo izčrpali vse ukrepe, ki so manj restriktivni od tistega, ki ga predlagamo), ampak tudi poskušali doseči karseda veliko civilnost reševanja zagat nevarnosti in neprisebnosti, s tem da ustvarimo dialog med akterji in stik med virtualno in dejansko identiteto ter poskušamo zagotoviti, da se zadeva reši s civilnim soglasjem med udeleženci, preden bi moralo o tem odločati sodišče.

Literatura

Zakon o nepravdnem postopku (1986). *Uradni list SR Slovenije* 30, 28. julija 1986.

Iniciativna skupina za pripravo zakona o duševnem zdravju (1995), *Prispevi k novi zakonodaji o duševnem zdravju: Dokument št. 1*, Ljubljana.

F. BASAGLIA (1987), *Psychiatry Inside Out: Selected Works of Franco Basaglia*. New York: Columbia University Press.

D. BRANDON, A. BRANDON, T. BRANDON (1995), *Advocacy: Power to People With Disabilities*. Birmingham: Venture Press.

R. CASTEL (1976), *L'ordre psychiatrique*. Paris: Minuit.

K. T. ERIKSON (1957), Patient Role and Social Uncertainty: A Dilemma of the Mentally Ill. *Psychiatry* 20, 3: 263-274.

- V. FLAKER (1994), Analiza tveganja. *Socialno delo* 33 3: 189-196.
- (1995), The Birth of Total Institution and the Rationalisation of Charity in the Age of Reason. *Perspectives in Social Work* 1: 159-168.
- (1995b), K navadnosti izjemnega. *Socialno delo* 34 6: 361-372.
- E. GOFFMAN (1961), *Asylums*. Doubleday & Co. (Pelican edition 1968).
- (1963), *Behaviour in Public Places*. New York: Free Press.
- (1963b), *Stigma: Notes on the management of Spoiled Identity*. Engelwood Cliffs: Prentice-Hall; (1968), Penguin edition.
- (1967), *Interaction Ritual*. New York: Doubleday.
- (1971), *Relations in Public: Microstudies of the Public Order*. New York: Harper Colophon Books.
- (1974), *Frame Analysis*. New York: Harper Colophon Books.
- D. N. HUSAK (1992), *Drugs and Rights*. Cambridge University Press.
- K. JENSEN (1993), Mental Health Legislation in Europe. WHO, Regional Office for Europe.
- B. MESEC (1988), Psihiatrova odveza družbi (recenzija D. KECMANOVIČA: *Upotreba duševnog bolesnika*). *Socialno delo* 28: 349-365.
- T. PARSONS (1951), Illness and the Role of the Physician: A Sociological Perspective. *American Journal of Orthopsychiatry* 11: 452-460.
- N. RODE (1995), Vzorci hospitalizacije. V: V. FLAKER in sod., *Načrtovanje razvoja psihosocialnih služb na podlagi potreb ljudi z dolgotrajnimi psihosocialnimi stiskami na področju R Slovenije*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo (raziskovalno poročilo).
- S. ROSE, B. BLACK (1985), *Advocacy and Empowerment: Mental Health Care in Community*. London: Routledge & Kegan Paul;
- L. D. ROSENHAHN (1973/1991), Zdravi v bolnem okolju. V: M. UREK (ur.) *Subpsihiatrične študije. Časopis za kritiko znanosti, letnik 19, št. 138/139*.
- T. SCHEFF (1966), *Being Mentally Ill*. New York: Garden City.
- T. SZASZ, (1982), The Psychiatric Will. *American Psychologist* 37; slovenski prevod v M. UREK (ur.) (1991), *Subpsihiatrične študije, Časopis za kritiko znanosti, letnik 19, 138/139: 174-180*.