


San Vito - Trst: Deinstitutionalizacija se nadaljuje

Massimo Marsili, Lorenzo Toresini

Predgovor

Pošiljava vam članek, ki govori o aktivnostih *Centra za mentalno zdravje* v Trstu. Ne bomo se ustavljali pri zakonodajnem kontekstu, v katerem deluje naša služba v Italiji; spomnimo naj le, da je reformni zakon (tako imenovani zakon 180) doživel polno uresničenje v Trstu, kjer v polnem obsegu deluje sedem centrov za mentalno zdravje. Le-ti se skupaj z urgentno psihiatrično službo (situirano v splošni bolnici) in z Univerzitetno psihiatrično kliniko (v pristojnosti tržaške univerze) odzivajo vsemu povpraševanju po psihiatričnih uslugah v pokrajini (ki ima okrog 280.000 prebivalcev in je imela eno psihiatrično bolnico, ki je imela ob koncu 60. let 1200 bolnikov!), kjer ni privatnih klinik ali drugih struktur, ki bi bile namenjene zdravljenju pacientov s psihiatričnimi problemi.

Vsak izmed centrov za mentalno zdravje v pokrajini (ki ni zelo velika in meji na državno mejo z Jugoslavijo) leži znotraj lastnega "območja uporabnikov", ki je sestavljeno iz nekaj četrti Občine Trst in iz nekaj občin v pokrajini. Vsak center za mentalno zdravje se je sposoben odzvati na vsak, tudi težji tip potrebe po psihiatrični pomoči. Centri so za ta namen opremljeni s posteljami in delujejo 24 ur na dan, sedem dni v tednu in so odprti za javnost 12 ur podnevi in rezervirani za bolnike v nočnih urah. Urgentna psihiatrična služba v okviru splošne bolnice pomaga centrom v dnevnem delovnem času in jih nadomešča pri sprejemanju nujnih primerov ponoči.

Kriteriji za sprejem v službo so zelo preprosti in kar se da neformalni. Ne obstajajo nikakršne kvalitativne selekcije, ali težave birokratskega tipa (edina zahteva je bivališče na območju, ki pripada centru). Z razdelitvijo na območja vsako o njih pokriva 40.000 prebivalcev (uporabnikov). Vsak center je tako popolnoma avtonomna enota, ki je sposobna soočiti se tako z akutnimi problemi kot z zdravljenji, ki trajajo dlje časa.

Strategija

Osnovna razlika med tržaško in italijansko, ter prejšnjimi izkušnjami, iz katerih je le-ta tudi deloma izšla (med njimi je tudi angleška antipsihiatrija), obstaja v premišljeni izbiri, da z lastno kritično pripravljenostjo pa tudi z znatno mero realizma vstopimo v tisti državni organ/strukturo, ki je obča psihiatrija, ga skušamo razumeti in v njem eksperimentirati ter ga z lastno voljo spremeniti. V bistvu je šlo za stavo s samimi seboj, da smo si na prvi stopnji sposobni naložiti breme azilske psihiatrije, dokler ne bomo prilagodili velike državne bolnice, da bo kolikor le mogoče po meri posameznika; se pravi, da se bomo izogibali temu, da se mora posameznik upogibati, prilagajati in oblikovati po meri struktur in si tako nalaga bolezen na bolezen, kot je to pravilo v azilih po vsem svetu.

Primarna, sekundarna in terciarna preventiva. Med stroko in politiko

S tega vidika je gotovo res, da lahko psihiatrija, ki je nekoč kronično "hodila za" medicino, danes, obratno, začenja poučevati njo, ki je bila "starejša" sestra. Psihiatrija lahko danes nauči medicino na primer kaj o pomenu in implikacijah razmerja med razosebljenjem, objektivizacijo in serijskostjo odziva na eni strani ter uničevanjem neke določene kulture bolezni, ki temelji na predsodkih, socialni reprodukciji in okužbi z istim predsodkom, ideologijo in kulturo. Na koncu se ta proces steka in prepleta s t.i. primarno preventivo, mišljeno kot skupek ukrepov, namenjenih za pripravo prebivalstva, da se na najbolj primeren način sooči z boleznijo: neka vrsta podrobne in sistematične zdravstvene izobrazbe.

Psihiatrija lahko nauči medicino na primer kaj o tem, da je očitno nujno izogibati se ločevanju med preventivnim momentom (preventiva pred hospitalizacijo, razosebljenjem, razlastitvijo samega sebe, svoje bolezni, svoje usode), terapevtskim momentom (ponovna pridobitev lastnih zmožnosti za življenje, za preživetje s svojimi skrbmi in konflikti, ne živeti s svojo krizo kot ločeno in tujo lastni eksistenci) in rehabilitacijskim momentom (ponovna pridobitev določene avtonomije, odločnosti, agresivnosti, razumevanje mehanizmov, ki so povzročili bolezen, pridobitev pozicije in prostora, prilagoditev na novo situacijo).

Psihiatrija lahko nauči medicino na primer kaj o nujnosti terapevtske kontinuitete. Delitev določene službe določenemu območju uporabni-

kov, strogo izogibanje ali omejevanje kroženja personala na minimum so ukrepi, s katerimi je psihiatrija pripoznana kot neka avantgardna izkušnja.

Proces, ki se je začel s preoblikovanjem institucionalne strukture in kulture, v katerem je "podiranje" azilov le en vidik, čeprav mogoče najbolj spektakularen, je s svojim razvojem pripomogel k premiku naprej, ven iz zdravniškega stroja.

Center za mentalno zdravje v ulici *San Vito* v Trstu, na primer, je le eden izmed sedmih centrov za mentalno zdravje v tem mestu, centrov, ki na eni strani ohranjajo neko "močno" strukturo, kot smo že omenili, z neko osnovno zdravstveno konotacijo, po drugi strani pa se zavedajo globokih socialnih valenc. *Center za mentalno zdravje* predstavlja med drugim demedikaliziran in nebirokratski prostor, kjer je dovoljeno razvozljavati sporočila, vedenja in potrebe.

To je proces, v katerem je vprašanje na prvi stopnji vzeto tako, kot je bilo predstavljeno, in se potem postopoma transformira v smeri predložitve nekega drugačnega odgovora - ki teži k transformaciji socialne reprodukcije vprašanja, postavljenega kot zdravstvenega in psihiatričnega, kakorkoli akutno in prostovoljno že je, v oblikovanje odgovorov, artikuliranih zmeraj bolj glede na biografijo, produkcijo in reprodukcijo subjektivnosti.

Kot glavno predpostavko vsega tistega, kar sledi, moramo pri našem delovanju razumeti operativne modele, pripomočke in metode dosti bolj v dialektični luči vsakdanje "težnje k", in ne kot dani *tout court*, uresničen enkrat za vselej.

Glavni pripomoček te politike dehospitalizacije, branja boleznih in odzivanja nanjo v biografskem in kontekstualnem ključu je decentralizacija, na prvi stopnji predstavljena s sporazumom med dehospitalizacijo in "močno" službo, to pa je center za mentalno zdravje (8 postelj na 40.000 prebivalcev, 4 psihiatri, 2 socialna delavca, 18 bolničarjev). Dejavnost *Centra za mentalno zdravje* je sestavljena iz 6.000 obiskov na domu letno in iz petih stanovanjskih skupin.

Zdi se, da bi stavo, da bomo uspeli spremeniti bolnico po meri človeka, stavo, ki je očitno dobljena z uresničitvijo teritorialne decentralizacije, že v začetku izgubili, če se ne bi jasno zavedali, da so nedelavnost, zakasnitve, poskusi razosebljenja odnosov s strani tistega, ki dela v soočenjih z uporabniki, mehanizmi togosti in serijskosti, tveganja, ki jih vključuje vsako delovanje in se pojavljajo vsakodnevno na drugi strani vsakega boljšega namena. Zaradi teh motivov nov organizacijski model kot je ta, ki ga predstavljamo tukaj, sam po sebi še ne pove nič

o realni prožnosti in prilagodljivosti potrebam posameznika, in očitno je, da je ta format, ta kvaliteta zagotovljena bolj s stalnim ohranjanjem določene napetosti, ki "teži k", kot s samim decentraliziranim modelom. Ta organizacijski model teži k pogovarjanju o kalupih, razmerjih, protokolih, serijskosti, rutini, vsakodnevnosti, razmerjih sil in tako dalje. Vse to se dogaja v nekem ozračju (toliko bolj polnem, kolikor bolj je oskrbljeno s tako napetostjo), v katerem raste in se razvija terapevtski teren.

Adopcija kot terapevtska praksa

Osnovni moment tega procesa subjektivizacije pomoči sestoji očitno v personalizaciji onosa med bolnikom in delavcem centra. To je odnos, ki se razvija v času, z močno osebno vpletenostjo delavca, ki pusti, da ga povsem zasujejo emotivne prošnje bolnika, s katerim se ukvarja. To so prošnje, da bi skupaj delila skrbi, iz katerih mesece in mesece ni videti izhoda, pogosto prošnje vsebujejo praktične konotacije, na primer izprazniti in prenoviti stanovanje, iskati zaposlitev in tako dalje. To je razmerje, ki pogosto postane adoptivnega tipa, glede na dejstvo, da se na eni strani delavec centra izpostavi kot referenčna točka, na drugi strani pa bolnik teži k poziciji močne odvisnosti. Delavec skuša najprej sprejeti močno odvisnost, nato pa razvijati postopno neodvisnost na obeh straneh. Pogosto se vendarle zgodi, da tak odnos na določeni točki postane vir panike pri delavcu centra, ki se začne čutiti preveč vpletenega, čeprav je sam sprejel ta odnos kot kvalifikacijo lastnega dela. Delavec centra "si nese delo domov", premišljuje o tem zvečer, si dela skrbi, kadar je daleč stran od njega, pacient ga kliče domov po telefonu, kličejo ga pacienti starši in bližnji. Vedeti moramo, da si bolničar pogosto ni namenoma izbral tega poklica, ampak je prišel do te situacije naključno in torej niso vedno vsi delavci na nivoju bremena tega dela, pogosto tudi oni pridejo do meje spontanih človeških sposobnosti.

Od supervizije do kolektivnega dela kot potrditve. Tri profesionalnosti - zdravnik, socialni delavec, bolničar - in odgovarjajoči kulturni modeli.

V tem trenutku delavec znova predstavi svoj problem skupini. V njej najde sodelovanje, podporo, kolektivno predelavo in redefinicijo problema z novimi, drugačnimi termini, ki delavcu in vsem dovolijo slutiti

izhod iz problema. Skupinsko delo, zastavljeno na ta način, ki na eni strani dovoljuje uporabljati prispevke vseh delavcev, ki so v razmerju z osebo, ki prejema pomoč, zadovoljuje potrebo vsakega delavca po "superviziji" oz. po potrditvi svojega lastnega dela. Prav v tem okolju timska hierarhija, čeprav še obstaja na administrativnem in institucionalnem nivoju, zmanjša svoj obseg in težo; znanje se prerazporedi v smislu zmožnosti upoštevanja drugačnih znanj in jezikov, na primer takih, ki so bližji uporabnikom, in tistih, ki so drugačni od ezoteričnih jezikov zdravniške in psihiatrične hierarhije in prakse. Pri tem načinu dela doživi delavec, ki osebno prevzame nase breme uporabnika, svojo vrednost, ne v obliki nagrade, ampak v tem, da pridobi znanje in moč.

Tudi skupinsko delo, zastavljeno na ta način, ni nekaj dokončnega, ampak vsakodnevna "težnja k", v stalni dimenziji dialektike in boja. Boja s samim seboj, z nedelavnostjo, s komunikacijskimi težavami med različnimi kulturnimi izvori v delovni skupini, težave, ki se neredko razširijo v resnične in prave ideološke bitke. Potrebno je torej stalno krpiti strgane kose, ki se vedno znova spet strgajo na vedno drugačne načine, kot v kalejdoskopu, ki ima bogastvo in sposobnost reproducirati vedno nove podobe, ki zato čuti potrebo formulirati različne modulacije in poudarke v kolikor mogoče enak jezik in v enotno dejavnost.

Timsko delo in individualizacija terapevtskega odnosa

Operativni model naše delovne skupine odgovarja sistemu, ki je hkrati odprt in zaprt. Odprt zato, ker je smoter njegovega obstoja v odločenosti biti na razpolago, pustiti se zasuti z vprašanji in potrebami. Odprta vrata niso samo izziv, ki ga stimuliramo in dovolimo in ki nam ga postavi tisti, ki ga sprejmemo in "varujemo", ampak so tudi vrata z vhodom z ulice za ljudi, ki tako lahko vstopijo, razbijajo, kričijo, se prenamenjajo, ne da bi jim bilo treba iti skozi birokratske filtre. Telefoni zvonijo ves dan, prekinjajo in vdirajo v (abstraktno) kontinuiteto vsakdanjika. Najpomembnejše je, da so stalni vdori realnosti v projekt tu, da se dogajajo. Tako zunanost zmeša rituale zaprtosti in priskrbi potrebno energijo temu zaprtemu sistemu, da se ne bi izrabil v svoji lastni zaprtosti in v stalni reprodukciji samega sebe. "Input" prisili organizem, da se prilagaja in predeluje transformacije povečanega sistema, ki bodo posledice spreminjanja samega sebe in sistema. Tako kot metabilitet-kataboliti nekega organizma ali kot reprodukcija "softwera" nekega živčnega sistema, ki je sposoben proizvesti združitev zunanjih in notranjih dražljajev, spreminjajoč tako sebe in okolje.

Soočenje z zunanjim svetom, z inputom, stimulira zaprt sistem, povzroča delovanje in odzivanje. Drugače bi notranjost sistema končala v slepi ulici in bi se izvajal v ponavljanju svojih homeostatičnih mehanizmov.

Po drugi strani pa ima sistem potrebo znova najti svoje meje, svojo identiteto, svojo glavo, svoje srce, svoje noge; vodilna vloga, v kateri se tu in tam prepozna ali ki je včasih ne prepozna, mu daje neko identiteto, neko moč, orientacijo, sposobnost trpeti in delovati.

Pomen vsakodnevnega sestanka osebja je tudi v tem, da se merimo znotraj in zunaj, da se soočimo in združimo različne drboce naše dejavnosti, da začutimo lastne meje in se definiramo, kot nekakšno zagotovilo, da obstajamo in funkcioniramo, ne da bi se razdrobili v samem izvajanju delitve. Pomen je v zavzetju obrambne distance (taktične, seveda ne strateške), ki je nepogrešljiva pri izdelavi in določitvi strategij transformacije.

Pomen je v tem, da priskrbi navodila članu osebja, ki je takrat v "adoptivnem odnosu", za nadaljevanje, za smer, v kateri naj nadaljuje, do koder je to avtonomno mogoče. Kadar to ni mogoče, nadaljevanje preide v roke skupine, vključno z zdravniškim osebjem. Končna izvedba vsekakor ostane kolektivna.

Pooblastilo

Ena ključnih točk psihiatrične problematike leži v problemu pooblaščenosti v vseh njegovih različnih aspektih. To velja po našem mnenju za celotno področje medicine. Obstaja kritična pooblaščenost, to je, ko naročnik pooblasti službo za "zdravljenje": "Vrnite mi pacienta takega, kot je bil prej." Obstaja pooblaščenost za dogovornost obnašanja med boleznijo: "Nisem jaz kriv, ampak bolezen, da se tako obnašam." Nekateri sodniki zahtevajo, naj se odgovornost za dejanja prenese s pacienta na zdravnika. (Vprašanje je s pravnega stališča še vedno odprto.)

Obstaja pooblastilo za delo med različnimi komponentami tima. Pooblaščen je bolničar, pooblaščen je zdravnik, pooblaščen je socialni delavec. Pooblaščeni so delovna podskupina in podtimi stanovanjskih skupin. Obstaja izrečeno pooblastilo, tiho in izvršeno pooblastilo. Pooblastilo se lahko da in lahko se ga prejme.

Pooblastilo je pripomoček za delo. Pacient se nam zaupa in mi ga sprejmemo in mu zagotovimo, da bomo "mi poskrbeli zanj". Ali pa: tisti

med nami, ki zbuja več zaupanja in ima več izbirnih sorodnosti z neko osebo, ze ukvarja z njo bolj od blizu. Ali pa: oseba ali skupina oseb imajo potrebo po stalno določenih programih, v katere vdira realnost, ki, kot smo že videli, prinaša svežo energijo sistemu, hkrati pa otežuje dosledno uresničevanje določenih programov. Pooblaščenost je vseakor huda omejitev delovanja in kolektivnega izvrševanja.

Pooblastitelj je lahko zunanji ali notranji. Zdravnik lahko pooblasti bolničarja, bolničar zdravnika. Bolničar lahko pooblasti svojega kolega zavoljo nepretrganosti dela, prav tako zdravnik zdravnika.

Institucionalno-azilska psihiatrija je obstajala s sprejemanjem pooblastil, ne da bi o njih razpravljala. S tem se je odpovedala vsakršni iniciativi preobraznega tipa. Odpreti razpravo na temo pooblastitelja in pooblastila pomeni vstopiti v psihopatološko območje triade pooblastitelj-pacient-pooblaščen služba in torej pomeni vstopiti v srce terapevtskega procesa. Kajti to na koncu pomeni odpreti razpravo o neki ideologiji, ideologiji nespreminjanja: nespreminjanja pacienta ("vrnite nam ga takega, kot je bil") in nespreminjanja pooblastitelja, o katerem ne razpravlja. Ta ideologija izvira iz prepričanja, da obstaja v najboljšem možnih svetov, ter potrjuje in opravičuje izključitev tistega, "ki se ne vrne tak, kot je bil prej". Enaka razprava o pooblastilih mora potekati v krogu osebja. Stalne razprave o pooblastilih so najboljša preventiva pred "institucionalno nevrozozo osebja". V azilu je obstajalo pravilo, naj bi si trije veliki sloji njegove populacije, zdravniki, bolničarji in bolniki, med seboj nikoli ne izmenjevali absolutno ničesar in s tem recipročno na kakršenkoli način ne spreminjali.

Če je norišnica sprejela pooblastilo, ne da bi o njem razpravljala, pa v spremenjeni in decentralizirani službi ne razpravljati o pooblastilu pomeni, pasti v kulturno norost, ki je stalno prežeča nevarnost.

Preseganje kliničnega modela

Konec koncev je seštevek vseh pooblastil klinični model. Triada diagnoza, prognoza, terapija temelji na konceptu opazovanja. Opazovanje predvidi stanje "objektivnosti" ("zasušnjenja"). Zahteva po objektivnem opazovanju se obnavlja na nevtralnosti znanosti in zgodovina je pokazala, koliko škode povzroči ločevanje znanosti kot odločitve, ki je iztrgana iz konteksta razprave.

To je kot v paradoksu Nielsa Bohra. "Interakcije, ki držijo organizem psa pri življenju, so interakcije, ki jih ne moremo študirati v živo. Če

bi jih hoteli pravilno študirati, bi morali ubiti psa". Opazovanje-zasužnjeje-objektivizacija pri študiju ubije pacienta in norišnica je bila mesto nešteti živih mrtvecev.

Prav tako iluzorna je zahteva po objektivnosti delavca centra. "Problem opazovalca ni omejen samo na antroposocialne znanosti. Danes ta problem zanima tudi fizične znanosti. Opazovalec moti mikrofizično opazovanje (Heisenberg); vsako opazovanje, ki prinaša pridobitev informacij, je plačano s potrošnjo energije (Brillouin)."

Prenesti klinični model v psihiatrijo pomeni narediti napačen model. Objekt, ki ga moramo opazovati, je oblika bivanja posameznika (v slabem stanju) ali njegova subjektivnost. Ne proizvajamo torej obdobj opazovanja, ki omogočajo formulacijo diagnoze, ampak poskušajmo "biti tam", ob strani bolnika.

Zanima nas "usoda" bolnika, kliniko pa zanima diagnoza, ločena od življenja. Naš smoter je ukvarjati se z življenjem in ga preobraziti.

Nasilje in privolitev

Včasih tisti, ki obiščejo našo službo, še posebej, če niso spodbujeni s polemičnim duhom (kot se je dogajalo včasih, do tega, da so se medsebojno obtoževali zapuščanja, sprašujejo, kje so "težki" in/ali "nevarni" bolniki, ki jim pri nas pomagamo.

Terapevtska kontinuiteta v razmerju z našo "populacijo uporabnikov" nam ne omogoča samo zmanjšati tveganja poslabšanja in akutizacije, ampak zmanjšuje "patoplastično" izraznost krize, s tem da je ne dramtizira.

Stalno prisotno in ponavljajoče je prizadevanje, pridobiti privolitev pacienta, tako da se merimo in sodelujemo z njim, ga zapeljemo, če je potrebno, se sporazumevamo in pogajamo z njim, kadar nas v to prisili, prizadevanje, da ne izgubimo kontakta, da vzdržujemo in ohranjamo nek sporazum, da se spreminjamo v spektru, ki se razteza od avtonomije do varstva, in da zmanjšamo na minimum nujnost nasilnih ukrepov. V tem smislu se nam zdi odločilen premik pozornosti od deviance vedenja k osebnemu trpljenju in premnik poudarka od zadrževanja in varovanja k odzivanju na trpljenje ter k pomoči do ozdravitve. Vloga javnega zagotovila obnašanja se tako poskuša doseči na način - celo bolj učinkovit, ki je sekundarno dosežen in ne primarno iskan.

Tak stil smo začeli poudarjati že veliko pred razglasom zakona 180 (13 .5. 1978), ki pa je bil z njim vsekakor potrjen kot državni zakon, veljaven za celotno deželo.

Motivacija za delo - delati v ustanovi in delati v tovarni

V tem kontekstu je jasno, kako težko je osebe motivirati za delo, polno frustracij, v katerem je nagrada le medčloveški odnos, sokrivda, človeška solidarnost in hkrati razpravljanje o naročnikih. Kdor to dela, je nujno del stroja, da lahko funkcioniра z delovno močjo in kontinuiteto, in mora obvladati osvajanje prostorov avtonomnega dela v personalizaciji in ponovni subjektivizaciji odnosov z uporabniki. Delavec išče avtonomijo in zapada v paniko zaradi odgovornosti.

V taki situaciji je popolnoma neustrezna nepozitivna struktura hierarhičnega tipa in nemogoče si je zamisliti preprosto aplikacijo modela "kršitev-sankcija", ker je nezmožen proizvesti kakršenkoli realni učinek, tak učinek, ki ga predstavlja soudeleženosť delavca centra v svojem lastnem delu.

Od kliničnega modela do kronifikacije

Kriza in kroničnost, običajno obdržana antitetična dogodka ali pojava, po našem mnenju ne predstavljata drugega kot "dva obraza istega problema".

Tradicionalno, po kliničnih parametrih, sta ta dva termina, ki predstavljata različne evolutivne oblike nekega "patološkega procesa", "naravno" usmerjena k različnim institucionalnim odzivom in vpisana v različne "klinične paradigme". Intenzivna zdravljenja, varnostni ukrepi za krizo (pa tudi prognoza, ne nujno usodna); za tiste, ki so označeni kot "kronični", pa nek minimum skrbi in pozornosti, in to na osnovi prepričanja o neizogibnosti usode večne in dokončne odtujenosti, ki ji gredo te osebe naproti. Po eni strani torej obdobje intenzivnih zdravljenj, ki pa so koncentrirana na posameznika in temeljijo na ozdravljenju - po kliničnem prepričanju, da je eksistenca bolne osebe področje, za katerega psihiater nima posebnih kompetenc - zaradi katerega se lahko upa na *restitutio ad integrum*; na drugi strani pa vdaja terapevtske volje psihiatrije, ki s tem, ko definira neko psihiatrično patologijo za "kronično", potrди nezmožnosti bolnika za življenje v družbi in konča s tem, da mu določi obraz in eksistenco v podobi in

oblikah njegove bolezni. Splošna značilnost tradicionalne ideologije psihiatrične klinike je v obeh primerih, da se ne zaveda kompleksnosti in multiformnosti osebne eksistence bolnih oseb; ne zna videti, kako obsežno in zapleteno je njihovo območje odnosov in kako je, nasprotno, "kompetenca" psihiatrije uspeli razbrati profil in podobo bolne osebe v njenem dvojnem odsevu, ki je entourage in sklenjen/zaključen krog; torej kompetenca psihiatrije, da stopi v stik in prodre v svet prinašalcev odbite in odbijajoče podobe, ki so pogosto deformirana zrcala preteklega socialnega okolja in nesplošno naročnika psihiatrične intervencije. Potrditvena in razveljavitvena zrcala so pogosto posnemovalci socialne identitete, veriga, ki je nezavedno organizirana in organizira tisto izganjanje trpljenja, ki se zlahka ustali in zasidra v tisti izraz *a cote* lastnega slabega stanja, ki je bolezen.

Če je torej kriza trenutek prelomitve z neko kontinuiteto, ki se je ne da več vzdržati na nivoju "mentalnega zdravja", in je kroničnost nesposobnost najti izhod iz slepe ulice, kjer trpljenje vedno znova rodi trpljenje in je vsakdanje življenje globoko označeno kot "bolno" pri vzpostavljanju odnosov s svetom, tedaj je treba oba elementa obravnavati vedno globoko povezana s svetom življenja ("Lebenswelt").

Če je torej kriza izražanje kompleksne nezadovoljene potrebe in kronifikacija podaljševanje takšne potrebe, se izkaže za hudo metodološko napako, če ne poiščemo pravega ključa za razvozlanje kronifikacije, ki se kaže v podaljšanju nepripravljenosti/nesposobnosti odzivanja s strani okolja, tistega okolja, ki je dvojniki ali zrcalo pacienta, tako določenega in obsojenega na to kroničnost.

Ne gre torej za različne patološke procese, ampak za en sam proces, ki vsebuje patoplastično induktivno in reproduktivno zmožnost "razširjenega kroga", to je privatnega entourage in službe, ki organizira odziv.

Bodisi, da se kak fenomen pojavi prvič, ali pa da se ponavlja in tvori stalno osnovo v izkustvenih spremembah osebe, mora biti poskus v naslednjih približevanjih taki osebi sestavljen iz iskanja "ključa" za dešifriranje njenega slabega počutja.

Problem se zaplete, kadar "ključ" za dešifriranje najdemo v celoti ali deloma v nas samih, kot krog uslug, ki sodelujejo v istem mehanizmu pošiljanja in reprodukcije podobe in definicije sebe in okolja-naročnika. Tako kot v časih Szemmelwisa še vedno nosimo v naših rokah sepo in naša nepripravljenost, da bi se vključili v psihopatogenetski proces, je bolj znanstvena slepota kot pa samoobramba urada korporacijskega kova.

Če gre torej za en sam psihopatogenetski proces, bo razdelitev odziva na paralelne in ločene kroge najverjetneje tvorila tehnično zvijačo/poredek in kričečo metodološko napako.

Na koncu se kroničnost ne izkaže toliko za lastnost bolnega subjekta, ampak bolj za pokazatelj vdaje psihiatrije in njene nesposobnosti zdraviti in ukvarjati se z bolno eksistenco. Kadar kak psihiater vrže puško v koruzo, kadar služba noče več nositi odgovornosti za usodo kake osebe, kadar kak uporabnik neha biti "problem" za službo, pogosto to ni znak za kroničnost patologije, ampak znamenje, da je bila bolnišnica vse doslej nesposobna določevati elemente zdravja za to osebo.

Klinični model je po našem mnenju krasen primer odziva *a cote* ali "od strani", glede na realne potrebe, ki jih izraža uporabnik. Klinika na splošno ne diskutira o pooblastitелju, pooblaščenosti, označbi, niti se ne obremenjuje s tem, da bi govorila o konfliktnosti, ki prežema patogenetske psihopatološke odnose, tako da preprosto sodeluje pri utišanju le-te. V sintezi je klinika najboljši proizvajalec kroničnosti, samo da potem to kroničnost loči od sebe in jo razglasi za nekaj izven njene kompetence ter jo prepusti psihiatrični pomoči. Proces diskvalifikacije, začet zunaj nje, se nadaljuje v kliniki.

Stanovanjske skupine: med podaljšanim bivanjem s terapevtom in prenavljanjem življenja

Nek star bolničar v norišnici je trdil, da norišnico sestavljajo trije sloji: zdravniki, bolničarji in bolniki, katerih osnovna značilnost je, da si med seboj ničesar ne izmenjavajo. Uvajanje prakse izmenjavanja je potrdilo razpad azilske realnosti. *Center za mentalno zdravje* je danes v bistvu velik trg, kjer se dogajajo najtesnejše izmenjave in produkcija zdravja se dogaja na osnovi sodelovanja v teh izmenjavah med ljudmi, ki so se sposobni med seboj koordinirati na razne načine, se stalno informirati o novicah in vrednotenjih ter se medsebojno kontrolirati v prizadevanju, da bi odgovorili na povpraševanje po zdravju. V bistvu je to poskus zaigrati v pravem ključu in vrednosti se zvišajo. Na enak način reprodukcija slabega počutja in kroničnosti izvira iz ponavljanja in reprodukcij odzivov *a cote* ali "od strani" glede na realne probleme; v tem primeru se vrednosti znižajo.

Trg ali borza, kjer se stalno predlagajo nove ponudbe in nova povpraševanja po izmenjavi in kjer realnost vedno znova vdira v projekt, preobrne ravnovesja in defenzivne homeostaze. Če je torej res, da so ti

stalni vdori realnosti v projekt najboljše zagotovilo proti konifikaciji sklenjenega kroga v njegovih lastnih dinamikah, je vendarle tudi res, da si je v nekaterih res posebnih primerih potrebno vzeti prostor, kjer je mogoče izvajati projekte z nujno kontinuiteto in natančnostjo.

Gre za situacije, ki so se zaustavile v svojem razvoju ali v mehanizmu dodeljevanja pooblastil med naročnikom in službo, ali v čezmernem odporu naročnika, da bi se prepustil transformativnim procesom, ali v prekomerni nesposobnosti s strani kroga, da bi našli pravi ključ za dešifriranje bolezní, ali pa v objektiviteti neke regresije, ki je včasih tako razvita in strukturirana, da zahteva objektivno intenzivni rehabilitacijski program.

Ustvarjanje življenjskih prostorov v senci varnosti in s pomočjo konstantnega vdiranja novega v projekt je nadaljni poskus, nov branik v bitki za vdajo kronifikacije. Kompromis med dopustitvijo padca in prizadevanje za ponoven začetek raziskovanja, ki na prvi stopnji ni uspelo.

Stanovanjska skupina je pripomoček in prostor intenzivne in približane rehabilitacije, neka vrsta poskusa apelirati na kronifikacijo, ki se ji prej nismo izognili. Stanovanjska skupina ni mišljena le kot prostor, kjer je mogoče bivati, kot prostor, kjer živi skupina uporabnikov, ampak kot ekipa (podekipa *Centra za mentalno zdravje*), namenjena procesu rehabilitacije ljudi, ki bodo tam stanovali.

Dejstvo, da sprejem v stanovanjsko skupino ni "nasilno zavlčevanje", ne pomeni, da ne more biti na razpolago za hude primere z globoko invalidnostjo "sposobnosti za razumevanje". Nasprotno, kot je bilo rečeno prej, ravno te tako težke osebe, ki so se zapletle v brezizhodno situacijo, najrajši vključimo v stanovanjsko skupino.

Dobiti privoljenje ljudi, ki jih povabimo, da bi se vključili v stanovanjsko skupino, pomeni, da moramo predstaviti takšno rešitev kot sprejemljivejšo od tiste, v kateri ljudje v tistem trenutku živijo. V nekaterih primerih smo porabili več mesecev, da smo dobili soglasje pacienta, da se je od doma, kjer je živel s starši ali iz centra za mentalno zdravje, kamor se je zatekel ali "zaprl", ali iz psihiatrične bolnice (pred leti, ko je kot taka še obstajala) preselil v stanovanjsko skupino. Vedno obstaja strah pred novim in strah pred osamitvijo, zapuščenostjo, hkrati z zorenjem zavesti o prijetnosti alternative: osvoboditev od avtoritativnejše strukture, vključenost družine, življenje z vrstniki, možnost emancipacije.

Izvedba postopnega in motiviranega vključevanja v strukturo "podaljšanega rehabilitativnega" bivanja izniči potrebo po nasilnem ukre-

panju in pripomore, da se med potekom take vključitve razjasnijo številni problemi. Pooblastilo naročnika (n. pr. družine) službi je izpostavljeno tveganju redefinicije neke nove in drugačne pogodbe od tiste, sklenjene s centrom za mentalno zdravje. Stanovanjska skupina je med drugim privatna struktura, z osebjem, ki ga plačuje uradno telo, najemnino in vsakodnevne stroške pa plačujejo družine in/ali sami stanovalci- gostje, odvisno od tega s kakšnimi ekonomskimi sredstvi osebno razpolagajo.

Problem "pogodbe" med "stanovalcem" v neki stanovanjski skupini in "strukturo" zadeva odnos med uporabnikom in službami, ki jih medsebojno definira in hkrati določuje tudi odnos med strukturo in naročnikom, kjer le-ta obstaja (npr. družine). Takrat nastane problem definirati meje pogodbe, (ta ima lahko pedagoško vrednost), ki ekipi stanovanjske skupine dovoljuje obdržati pogodbenost v soočenju z uporabniki (določna; gostje, in širša: naročniki), tako da lahko organizira aktivno, sodelujoče, zavestno in kot je le mogoče odgovorno življenje za osebe, ki so drugače na poti k invalidaciji, invalidnosti in pasivnemu življenju.

Z drugimi besedami, gre za postopno, toda učinkovito obrnitev pogodbe med pooblaščenca in pooblastitelji, zaradi česa se nevsiljivost, ki je uporabna pri vključevanju in povabilu, lahko nadomesti s pedagoško in rehabilitacijsko operativnostjo; s toliko bolj zapleteno operativnostjo, kolikor bolj je neogibno namenjena priti v spor z naročnikom (ki je povrh plačnik); z naročnikom, od katerega je prihajalo slabšalno sporočilo, ontološka diskvalifikacija in omejitev na vdajo in pasivnost. V tej fazi bosta vodstvo *Centra za mentalno zdravje* in vsa služba poklicana, da predstavljata eno telo s strukturo, ki je bila na prvi stopnji ločena, torej da potrđita in dovolita nadaljevanje rehabilitacijskega in razjasnjevalnega procesa, ki bo razjasnjeval razmerja, pogodbe in sporočila.

Pooblastilo, ki ga je sprejel in hotel en del ekipe v primerjavi z njenim drugim delom, se sistematično prediskutira, s čimer se izogne tveganju, da bi postali slepa ulica in torej potrđitev neke nove kroničnosti, tokrat kroničnosti celotne stanovanjske skupine: gostov in terapevtov. Pooblastilo, ki ga da *Center za mentalno zdravje* stanovanju, ki se zanj odloči in ga želi na prvi stopnji kot inštrument za delo, v bistvu vsebuje kot drugo stran medalje tveganje ločitve od trga izmenjav, ki ga predstavlja tržnica., odprta stalni invaziji realnega v projekt - *Center za mentalno zdravje* z okoljem, ki ga obdaja.

Določitev pooblaščenosti in razpravljanje o naročniku dovoljujeta vstop v psihopatološko analizo; in terapevtski proces, ki je spodletel v Centru

zaradi njegove nezmožnosti voditi igro, nadzorovati pozicije in šahovske figure, in/ali zaradi sposobnosti igralcev, da se ne pustijo voditi, se poskusi znova začeti intenzivno in od bluzu, z aktiviranjem - in upravljanjem - sredstev (*in primis* odnos z družinami), ki jih je drugače težko aktivirati in upravljati, znotraj tega "peklenskega meteža, ki nikoli ne poneha", ki je tržnica *Centra za mentalno zdravje*.

Trst, septembra 1987

Prevedla Polona Mesec