

Tanja Lamovec

ZAGOVORNIŠTVO KOT OBLIKA SVETOVANJA

Čisto logično mišljenje nam ne more ponuditi nikakršnega spoznanja empiričnega sveta; vsako spoznanje o resničnosti se začne pri izkušnji in pri njej tudi konča.

Albert Einstein

Predstavljajmo si za trenutek, da smo prostovoljni ali celo neprostovoljni uporabnik kake psihiatrične ustanove. Kakšna bo naša izkušnja resničnosti? To bo predvsem izkušnja nemoči in brezizhodnosti. Izkušnja, da besede ne štejejo. Izničenje subjektivnosti. Smo le objekt zdravljenja drugih. Oni so tisti, ki vedo. Ta izkušnja se usidra v dušo. Potem, ko prideš ven, nikoli več ne boš tak kot poprej. Stigmatiziran si navznoter in navzven. Pred nekaj urami sem govorila z eno takih uporabnic. Že 4 leta je notri. Poskusi, da bi dobila stanovanje in službo, vedno znova propadejo. Pride trenutek, ko človek neha poskušati. Praznoto napolni z glasovi, mislimi in morda prividi. To je njena resničnost, ker pač druge nima. Noben njen napor ne bi pomagal, da bi se rešila iz svojega položaja. Nikogar ni, ki bi ji ponudil roko. Tudi če bi se zgodilo neverjetno in bi ji nekdo ponudil skromno sobo in delo, bi njena izkušnja sveta ostala. Nemoč in brezizhodnost.

“Zagovorništvo vključuje temeljno preusmerjanje moči; pomaga ljudem, ki so bili zlomljeni in zatirani, da si pridobijo moč in vpliv nad lastnim življenjem,” pravi David Brandon (1994). Če poskušamo nekoliko podrobneje opredeliti funkcijo zagovorništva, lahko rečemo, da pomeni podporo v soočanju z zunanjim svetom (družinske intervencije v ustanovah duševnega zdravja, v odnosu do delodajalcev, stanodajalcev itn.) in tudi varstvo notranjega sveta posameznika in posameznice.

Zagovornik vseskozi sprejema iskalca pomoči kot subjekta. Zavrača kakršnokoli klasifikacijo subjektivnosti v objektivne kategorije, kakršna je značilna za medicinski model. To ne pomeni, da zavrača uporabo zdravil, pomeni le drugačen, recimo temu fenomenološki pogled na človeka. Uspešna pomoč lahko poteka le v intersubjektivnem prostoru, kjer se v dialogu srečata dve subjektivnosti in skupno iščeta novih poti. Osnovno sredstvo svetovanja je medosebni odnos, izkušnja, ki je predpogoj, da se zožen in statičen pogled na realnost lahko spremeni. Zagovornik je tisti, ki mora prinesiti v odnos pristno človeško angažiranost in toplino ter znati empatično prisluhniti drugemu. Zanima se, kako uporabnik doživlja posamezne vidike svojega življenja, po potrebi pa mu nudi tudi oporo v zunanjem svetu. Na ta način sproži proces, ki je sprva proces celjenja psihiatrično povzročenih poškodb, pozneje pa se lahko nadaljuje kot proces rasti. Poudarek je torej na sprejemanju in razumevanju subjektivnega sveta druge osebe in ne v prilagajanju na neko fiktivno “normalnost”. V nekem smislu je zagovorništvo edukativni postopek, ki naj čim popolneje vključi uporabnika v družbo in zagotovi maksimalno možno kvaliteto življenja v danih pogojih.

Če si hočemo podrobneje ogledati, kako zagovornik varuje notranji svet uporabnika, moramo pričeti v zgodnjem otroštvu. Zakaj nastanejo psihoze, ni znano. Iz svojih izkušenj pa lahko rečem, da nisem spoznala nikogar, ki bi doživel psihozo in ne bi bil bodisi fizično bodisi psihično zlorabljen. Psihične zlorabe nastanejo tako, da se eden od staršev (navadno je to mati) psihično dobesedno vseli v otroka in si prilasti tisti psihični “prostor”, ki je namenjen otrokovemu jazu. Ta zakrni in se ne

more več razvijati, namesto tega pa se razvije lažni jaz, ki ne služi potrebam otroka, temveč izpolnjuje želje matere. Brez tega otrok ne bi preživel. Seveda tudi matere počno to iz stiske, ker tudi one niso imele nikogar, ki bi tedaj, ko so to potrebovale, zavaroval njihov psihični prostor. To bi moral storiti oče.

Neprepoznani, zavrti in le bežno občuteni deli sebe se želijo izraziti. Če ne gre drugače, v psihozi. Kot pravi Laing (1960) je psihoza naravni poskus zdravljenja, ki navadno propade. Moja domneva je, da propade zlasti zaradi negativnih sekundarnih učinkov psihiatrične obravnave, o katerih bomo govorili v nadaljevanju.

Tak otrok torej raste, navadno hitreje od vrstnikov, in kmalu začuti svojo drugačnost. Stvari, ki zanimajo njegove prijatelje in sošolce, so mu tuje in nepomembne. Tisto, kar zanima njega, ne zanima nikogar drugega. Želi si najti koga, s katerim bi lahko delil svoje skrivnosti in vizije, prebliske in slutnje, ki jih nosi v sebi. Koga, ki bi vse to sprejel kot validno in vredno. Včasih je v življenju uporabnika zagovornik prva taka oseba. Prej zapečateni vrata se za hip odprejo in skozi posije žarek upanja, ki mu ni bilo dano biti on sam. Ta bežna srečanja so dovolj, da ohranjajo upanje živo. Več ni mogoče narediti za nikogar.

IZKUPIČEK PSIHIATRIČNE HOSPITALIZACIJE

Ob odhodu iz psihiatrične bolnišnice uporabnik sicer ni več psihotičen, če je sploh kdaj bil, ostanejo pa mu naslednje poškodbe:

1. odvisnost od zdravil,
2. dosmrtna stigmatiziranost;
3. znižano samospoštovanje in zaupanje vase,
4. utrdi se lažni jaz,
5. občutenje jaza je ponovno zatrto,
6. spremenjeni odnosi z družino,
7. spremenjeni odnosi na delovnem mestu,
8. spremenjeni odnosi s prijatelji,
9. izguba ciljev v življenju.

Nehote se sprašujem, ali je to dobra kupčija. Ali je vredno? Ali ni bolje kam pobegniti in potem nadaljevati z istega položaja kot poprej? Seveda ni nujno, da psihiatrija povzroča toliko poškodb. Bojim pa se, da skoraj ne

more biti drugače, dokler jo izvajajo v velikih institucijah. Tu tudi iskreno prizadevanje posameznikov iz te stroke ne pomaga dosti. Uporabnik je številka in mora povzročati čimmanj težav. Kam pa bi prišli, če bi vsakega poslušali!

1. Odvisnost od zdravil je posledica dolgotrajnega jemanja zdravil ali depot injekcij, kar naj bi služilo preventivi. Po podatkih, ki jih navaja Warner (1985), je število recidivov preveliko, da bi lahko verjeli v preventivno funkcijo medikamentov. Zavzema se za to, da bi jih jemali le v akutni fazi. Podobno meni Podvcll (1990). Poučni so tudi podatki, ki kažejo, da je v emocionalno ugodnem okolju le malo recidivov, z zdravili ali brez (12% in 15%). V čustveno neugodnem okolju je ob uporabi zdravil 15% recidivov, brez zdravil pa 42%, če se v takem okolju nahajajo manj kot 35 ur (VAUGHN, LEFF 1976). Zdravila torej predvsem varujejo pred učinki neugodnega okolja. Čudna je logika, ki v takih primerih predpisuje jemanje zdravil in ne spremembe okolja. Seveda pa je tako lažje - za okolico seveda. Za okolico, ki ima prav gotovo svoj delež zaslug. Če moten že ni povzročila, o čemer se ne da reči ničesar, jih pa vsaj vzdržuje!

Znane so raziskave, ki kažejo, da trajna uporaba zdravil poveča število dopaminskih pa še katerih drugih receptorjev. To pomeni, da je oseba po daljšem jemanju zdravil še bolj dojemljiva za psihoze. Ne vem, če so te raziskave povsem zanesljive, morale pa bi služiti v premislek. Zunaj psihiatrije je navada, da vsako substanco, ki je le malo sumljiva, prepovedo, za "duševne bolnike" pa je vse dobro.

V tuji literaturi zasledimo, da psihiatri vedno pogosteje zastopajo pristop, po katerem uporabljajo nevroleptike le v akutni fazi in to zmerno. Ko je akutna faza mimo, sledi odvajanje od zdravil. Vsak teden 1/10 manj, na koncu morda še počasneje. Potem dobi uporabnik s seboj določeno količino zdravil in uspalvalnih sredstev, ki jih uporablja po potrebi. Tako se nauči sam uravnavati svoje stanje. To je prava preventiva in opazili so, da pomagajo že zelo majhne doze, če jih posameznik vzame dovolj hitro. Pri nas smo od tega še zelo daleč.

V tujini obstajajo tudi posebni programi, ki pomagajo pri odvajanju od odvisnosti od nevroleptikov. Če odvisnost ne traja predolgo, so

uspehi dobri. Ob daljši odvisnosti navadno dosežejo le zmanjšanje doze.

2. Dosludna stigmatiziranost je tako zunanja kot notranja. Ljudje spremenijo svoje obnašanje do osebe, ki se je zdravila na psihiatriji, prizadeti posameznik pa se seveda temu primerno odziva (GOFFMAN 1961). Počasi se zavest o stigmatiziranosti naseli tudi vanj. Njegove besede nimajo več iste teže. Ljudje ne poslušajo več vsebine tega, kar želi povedati, temveč se osredotočijo na način. Iščejo "simptome". Tako npr. stigmatizirani posameznik spregovori z glasom, ki izraža jezo. Vsa pozornost sogovornika se usmeri na značilnost glasu, kar uporabnika dodatno razjezi. Tovrstni odzivi drugih povzročijo razvoj t. i. "suženjske mentalitete", ko si posameznik ne upa več izraziti stvari iz svojega zornega kota, temveč se prilagaja pričakovanjem drugih in tako znova utrjuje svoj lažni jaz. S pomočjo lažnega jaza komunicira s svetom, pravi, občuteni jaz pa hoče na dan. Nekega dne izbruhne s silovito močjo in "recidiv" je tukaj.

Zunanji vidiki stigmatizacije so prav tako uničujoči. Predstavljajte si, da kot bivši uporabnik iščete službo ali stanovanje. Boste povedali o svoji preteklosti ali ne? Karkoli storite, bo narobe, največkrat. Treba je biti zelo zelo pazljiv in stvar dobro premisliti. In recimo, da spoznate koga, ki bi lahko postal vaš partner. Kdaj in kako povedati? Ob zavesti, da bodo še vaši otroci morali pisati na različne formularje, da je bil nekdo od staršev "duševno bolan".

Med ljudmi je zakoreninjeno prepričanje, da je "duševna bolezen" neozdravljiva. Na tem mestu se ne želim spuščati v spoznavnoteoretski status tega pojma, ker sem to že pojasnila¹, rada bi le opozorila na posledice, ki jih ima tako pojmovanje za uporabnike in njihove svojce, pa tudi za širšo družbo. Tak človek je odpisan, socialno mrtev. Zgražamo se nad nacističnimi poskusi iztrebljanja teh oseb, ker so to počeli fizično. Naša družba počne to v socialnem smislu. V psihiatričnih knjigah (npr. Trstenjak) piše, da duševna bolezen vodi v razpad osebnosti, ki je ireverzibilen. To kratko malo ne drži. V Izraelu sem na lastne oči vide-la, kako so osebe z diagnozo shizofrenija, ki so

vsaj 10 let preživele v ustanovi, znova usposobili za življenje v skupnosti, ob minimalni pomoči drugih. Res je, da čisto vsakemu to ne uspe, a takih oseb je po mnenju Podvella manj kot 5 odstotkov. Velika večina primerov, ki navidez kažejo "razpad osebnosti", je rezultat hospitalizacije in iz nje izvirajočih poškodb (BASAGLIA 1981).

3. Znižano samospoštovanje in zaupanje vase. Prav vsak uporabnik psihiatrične institucije utрпи močno škodo na področju samospoštovanja. Najprej je deležen ritualov degradacije in razosebljanja. V ta sklop spada tudi nasilen odvzem obleke, ki iz medicinskega stališča nima nobene osnove. Potem je tu odnos osebe in vodstva, ki daje vedeti: "Ubogaj, sicer boš kaznovan" (dodatna doza zdravil, premestitev v "mrežo"). Kaj doživlja uporabnik, nikogar ne zanima. Njegovo doživljanje je znova invalidirano, brezpredmetno. V tisti psihični prostor, kjer bi moral biti njegov jaz, se je vselil psihiater. Ponovitev originalne travme. Postaneš "pacient", objekt zdravljenja.

Nizko samospoštovanje ima številne posledice. Vsakdo ima v življenju neke cilje: da doštudira, se zaposli, ustvari družino, ali karkoli že. S pozicije razmajanega samospoštovanja se zdi vse to nemogoče. "Saj nisem za nobeno rabo" postane glavna tema notranjega monologa. Posledica je pomanjkanje motivacije in vztrajnosti. Najmanjši neuspeh potrdi začetno predpostavko. In tako nastane začarani krog, ki vodi do opustitve kakršnihkoli prizadevanj. Seligman (1975) imenuje tako stanje "naučena nemoč".

Destruktivne posledice nizkega samospoštovanja je pokazala tudi raziskava, ki sem jo izvedla s pomočjo vprašalnikov na približno 400 študentih različnih fakultet. V stresni situaciji so osebe z visokim samospoštovanjem iskale alternativne možnosti za rešitev problema, medtem ko so se osebe z nizkim samospoštovanjem umikale v sanjarjenje in občasne čustvene izbruhe. Še bolj porazno pa je bilo spoznanje, da osebe z nizkim samospoštovanjem zelo nerade iščejo pomoč, socialno oporo. Počutijo se preveč nemočne, da bi si to lahko priznale.

Pomanjkanje motivacije, ki je pogosto pri

¹ Gl. *Socialno delo* 32, 3-4 ("Zagovorništvo").

osebah, ki so stopile na pot kariere duševnega bolnika, ni znak "boleznih", kot piše v psihiatričnih učbenikih, temveč posledica znižanega samospoštovanja in zaupanja vase.

4. Utrditev lažnega jaza. Hkrati s prej opisanimi procesi se utrjuje lažni jaz. Uporabnik je prisiljen postati tak, kot ga hočejo drugi. V čustvenem smislu je to neznosno, kot bi bilo vam, če bi morali neprestano igrati vlogo sosedovega psa. Hkrati pa je igranje velik napor. Zahteva neprestano pozornost in energijo, ki ni z ničemer poplačana. Zaradi energije, ki jo mora vlagati v igranje vloge, je njegova storilnost pogosto zmanjšana. Namesto podpore je navadno deležen kritike. "Realni" svet, kot se prikazuje bivšemu uporabniku, zares ni vabljiv. Le kaj ima od tega, da se trudi ohranjati službo, ko pa ga vsi zasmehujejo? Prepuščen samemu sebi ne bo dolgo zdržal. Umaknil se bo v invalidski pokoj ali v psihozo, če ne še bolj radikalno, kot kaže visoka samomorilnost med temi osebami.

5. Ponovno zadržje občutenega jaza. Skupaj s psihozo izbruhne na dan tudi dolgo zatirani občuteni jaz. Psihoza je poskus zdravljenja, ki se največkrat ne posreči. Vprašati se moramo, zakaj. Zato, ker klasičen način psihiatričnega obravnavanja ne loči plev od zrnja. Zato zamori oboje. Z zmerno dozo zdravil je moč umiriti psihozo, nato pa prisluhniti zgodbi, ki jo želi povedati občuteni jaz. To je vse, kar bi bilo potrebno. Prisluhniti zgodbi in spodbujati, da se razvija. Če je doza zdravil prevelika, s psihozo vred utihne tudi občuteni jaz. Tedaj ni kaj pripovedovati, bolje rečeno, ni več nikogar, ki bi lahko pripovedoval.

Zgodba, ki jo pripoveduje oseba, ni nujno v besedah. Včasih se vse dogaja neverbalno, brez besed. Potrebno je le, da se znamo uglasiti z drugim. Znani so primeri navezave kontakta z osebo v stanju katatonije. Načeloma je mogoče vzpostaviti kontakt s komerkoli, čeprav psihiatrične knjige pravijo drugače. Frieda Reichman-Fromm (1964), ki je sama psihiatrinja, pravi, da je za vsak ponesrečen kontakt kriv psihiater in ne uporabnik. Če psihiater nima te sposobnosti, bi si moral poiskati kakšno drugo zaposlitev. Tudi operni pevec ne more biti vsakdo. Dejstvo, da je nekdo opravil predpisane izpite, ne pomeni ničesar.

6. Spremenjeni odnosi z družino. Ko se uporabnik vrne domov, se razmere, kakršne je doživljal v instituciji, nadaljujejo v družini. Zdaj je tretjerazredni član družine. Neprestano ga opazujejo. Družina postane izredno senzibilizirana za vse spremembe, ki jih takoj razume kot znak, da se "znova začenja". Nesvoboda v družini je celo večja kot v instituciji, kjer je uporabnik eden v množici in ne zbudi tako zlahka pozornosti. Družina ga duši, hkrati pa jo potrebuje, saj nima kam drugam. Tako pač kroži med družino in institucijo. V družini ga zadržuje tudi varljivo upanje, da ga bodo morda nekoč le spoznali in sprejeli takega, kot je, ter mu dovolili biti. Seveda tega ne bo nikoli dočakal. Če tega niso storili doslej, bodo sedaj še toliko manj.

7. Spremenjeni odnosi na delovnem mestu. Če ima uporabnik srečo, da že ima delovno mesto, se mora tudi tu pripraviti na nenehno opazovanje. "Kaj pa, če je še vedno malo nor?" "Ali namerava spet znoret?" Nekatera delovna okolja so "dobrohotna" in skušajo uporabniku vsiljivo "pomagati". Vso to nepotrebno "skrb" mora uporabnik potrpežljivo prenašati in se delati hvaležnega. V takih okoljih je tudi navada, da se o njegovi izkušnji nikoli ne govori. Ta tema je tabu. Delati se mora, kot da se ni nič zgodilo. Tudi če hoče sam uporabnik načeti pogovor o tem, ga bodo kar najhitreje speljali drugam. Počuti se sam, izoliran, čeprav ga navidez vsi sprejemajo. Hvalijo ga za stvari, ki jih sam ne ceni. Njegov občuteni jaz je tudi tu prepovedan.

Še hujše, ali pa morda ne, je v primitivnih okoljih, kjer mora pogosto poslušati najrazličnejše žaljivke. Če bi imel dovolj samozavesti in bi se temu uprl, bi se morda dalo še kako urediti. A kaj, ko ravno samozavesti nima. Zato pač posluša žaljivke in se trudi vsem ustreči. Lažni jaz je zopet preobremenjen. Seveda so še drugi načini šikaniranja, ki prežijo na uporabnika v takih okoljih: premestitev na nižje delovno mesto, uvrstitev na čakalno listo, siljenje k upokojitvi itn.

8. Spremenjeni odnosi s prijatelji. Podobno kot v službi je tudi s prijatelji. Pretirano varušstvo ali žalitve. Večina uporabnikov, ki jih poznam, je skoraj povsem zamenjala prijatelje, nekateri pa so ostali brez njih. Zamenjava

prijatelj in navadno tudi zakonca je skoraj nujno potrebna, če se želi uporabnik naprej razvijati. Ljudje, ki menijo, da nas dobro poznajo, nam vedno onemogočajo, da bi se spremenili. Vlečejo nas nazaj v tisto, kar smo že prerastli. Nekateri to čutijo in si raje izberejo samoto. Ali pa družbo sebi podobnih (*vrstniško zagovorništvo*). Slednje je vsaj kot prehodna faza daleč najboljša rešitev, kot kažejo izkušnje iz tujine (BRANDON 1994). Velika prednost je v tem, da posameznik lahko govori o svojih izkušnjah brez strahu, da bi doživel vračanje, posmeh ali nerazumevanje.

9. Izguba ciljev v življenju je rezultat seštevka ali morda celo multiplikativnega odnosa med prej opisanimi poškodbami. Morda bo kdo rekel, da bi utegnile biti vse te poškodbe rezultat psihoze in ne psihiatrične obravnave. Na to lahko odgovorim le z meni dobro poznanim primerom osebe, ki je bila hospitalizirana zaradi alkoholizma in ni nikoli doživela psihoze, pa so ji ostale prav vse opisane poškodbe, čeprav je stigmatizacija neprimerno manjša. Za izgubo ciljev mladih oseb so neposredno odgovorni psihiatri, ki takim osebam odsvetujejo nadaljevanje študija (takih primerov poznam več), češ, da nima smisla in jim bo samo škodilo, če se bodo naprezali.

Pa tudi brez "pomoči" psihiatrov je težko ohraniti cilje. Potrebno je nepopisno veliko volje in discipline. Od kod naj vse to vzame človek, ki je izgubil vero vase in ne občuti več svojega jaza? Ki si težko karkoli zapomni, ker mu nevroleptiki rušijo koncentracijo? Edino, kar zares pomaga, je realistična samodisciplina. Narediti načrt in se ga držati.

KAJ LAHKO STORI ZAGOVORNIK?

1. *Ovisnost od zdravil.* Zagovornik lahko spremlja uporabnika k psihiatru, kjer se dogovorijo, da dobi uporabnik s seboj določeno količino zdravil in uspaval, ki jih bo jemal po potrebi. Hkrati mora zagovornik poskrbeti, da bo psihiater do potankosti razložil vse učinke in stranske učinke zdravil. Psihiater naj bi bil svetovalec, ne pa glavni akter zdravljenja.

Prav tako ne bi bilo odveč razmisliti o programu odvajanja od zdravil, ki bi ga vodil psihiater in bi bil namenjen večjemu številu ljudi,

ki še niso predolgo zasvojeni.

2. *Dosmrtna stigmatiziranost.* Zagovornik po eni strani deluje navzven, stopi v stik z neposrednim življenjskim okoljem uporabnika in posreduje v komunikaciji. Predvsem v družinah uporabnikov vlada zelo zmedena komunikacija, ki preprečuje, da bi se kdorkoli s komerkoli kaj obvezujočega zmenil. Na ta način zagotovi uporabniku nekakšno "območje svobode", kamor se nihče nima pravice vtikati.

Morda najpomembnejša naloga zagovornika pa je, stati ob strani uporabniku, da se ta nauči upreti (navzven in navznoter) statusu manjvredne osebe, ki mu je dodeljen. Gre za preusmerjanje moči. Zagovornik mora naučiti uporabnika, da se ne ozira na pričakovanja drugih, seveda v dogovorjenih mejah. Vedeti namreč moramo, da se uporabnik dosti preveč prilagaja in pri tem duši svoj občuteni jaz. Zagovornik spodbuja vsako dejanje, ki izhaja iz občutnega jaza (tega ni težko prepoznati), tudi kadar je malo nenavadno, če s tem ne krši zakona. Uporabniku je namreč navadno dovoljeno zelo malo, zaradi strahu "ljubeče" okolice.

3. *Znižano samospoštovanje in zaupanje vase.* Ko zagovornik pomaga uporabniku, da se upre stigmatizaciji, že naredi prvi korak k ponovnemu dvigu samospoštovanja. Naučiti mora uporabnika, da se ne sme pustiti žaliti. Žaljivih opazk ne gre preslišati, temveč nanje odločno odgovoriti. Odločnost je spretnost, ki se je da naučiti. Znani so t. i. "treningi odločnosti", kjer se posameznik nauči odločno ravnati, sčasoma pa se začne tako tudi počutiti, med drugim tudi zato, ker naleti na zaželene učinke. V začetku je to seveda igranje vloge, ampak vlogo že igra, tako, ki mu škodi. Če že mora igrati, naj igra, kar mu koristi!

Ko se zviša samospoštovanje, se poveča aktivnost oziroma iniciativnost, saj zdaj v večji meri izhaja iz občutnega jaza. Uporabnik začne razmišljati o najrazličnejših ciljnih. Tu moramo biti pozorni, ker si negotovi ljudje ponavadi izbirajo prenizke ali previsoke cilje, zato je potrebna določena previdnost.

V začetku so velik problem čustva krivde in sramu, ki so bila vsiljena uporabniku. Kar nekaj časa traja, da se uporabnik povsem znebi prepričanja, da je zdravljenje v psihiatrični

instituciji nekaj sramotnega. Sprva lahko to osvoji le na racionalni ravni. Ko se začnejo dogajati najrazličnejše spremembe, to prepričanje vedno bolj blede.

Nizko samospoštovanje se pogosto izraža tudi v obliki najrazličnejših pritožb. Zagovornik naj jih pozorno posluša, navadno pa je bolje, da jih ne komentira. Ko je spisek "malenkostnih" pritožb končan, navadno pride na dan zares travmatični del. Pritožbe bi umestila nekam vmes med lažni in občuteni jaz; so most med njima. Koliko občutenega jaza je v neki pritožbi, lahko sklepamo po glasu. Medtem ko je lažni jaz pretirano socialno sprejemljiv, so pritožbe nekako na meji.

4. *Utrjevanje lažnega jaza.* Zagovornik spodbuja uporabnika, da identificira tiste oblike svojega lažnega jaza, ki ga najbolj motijo. Za začetek naj jih ne bo preveč. Nato izbere eno od njih, z navodilom, naj bo pozoren nanjo in naj se ji izogne. Ko dobi občutek, da se mu je to že dovolj posrečilo, lahko začne z drugo.

5. *Ponovno zatrtje občutenega jaza.* Tu je postopek podoben, le da poteka v nasprotni smeri. Gre za zmožnost samoizražanja, za izražanje lastnih hotenj in želja, ki so sprva morda težko prepoznavne. Marsikateri uporabnik je namreč zatrl vse svoje želje, saj so se zdele neuresničljive, to pa je zelo boleče. Znova se mora naučiti prepoznavati svoje želje in potem najti načine za njihovo uresničitev. V začetku je najpomembnejše prepoznavanje, kajti želje so dokaj šibke. Zagovornik mora biti pozoren nanje in pogovor ustrezno usmeriti. Pozneje se lahko zgodi, da je želja preveč.

Občuteni jaz se mora izraziti v dejavnosti, ne le v besedah, sicer ni nikakršnega učinka. Ni pomembno, kakšna dejavnost je to, glavno, da ustreza uporabniku. V tej fazi ne smemo razmišljati o koristnosti dejavnosti.

Zatrtje občutenega jaza bi se dalo tudi preprečiti. V tujini vpeljejo prostovoljce v delo z osebami v akutni krizi. Tedaj je namreč človek popolnoma odprt in si želi dialoga. Želi si, da bi imel ob sebi koga, ki bi ga vzel resno in ga poslušal. Pri nas v Polju to zamisel odklanjajo, češ, da bi jih prostovoljci motili pri strokovnem delu, na Centru za mentalno zdravje pa so že naredili prve korake v to smer. Človek v krizi namreč rabi oporo čustveno trdne osebe. Zelo

vprašljivo je, ali bi lahko človek to počel kot poklicno dejavnost (Laing), kajti delo je zelo težko, ponuja pa številne življenjske izkušnje. Zato je res primerno za prostovoljce, zlasti za študente družboslovnih usmeritev.

6. *Spremenjeni odnosi z družino.* Zagovornik lahko ponudi družinsko intervencijo, da bi zagotovil uporabniku več moči pri upravljanju lastnega življenja. O družinski intervenciji obstaja veliko literature, zato se v to ne bi spuščala.

V okviru zagovorništva je družinska intervencija posrečena, če pripomore k razširitvi uporabnikovega manevrskega prostora, hkrati pa zadovolji tudi temeljne potrebe ostalih družinskih članov. Paziti moramo zlasti na to, da kolikor mogoče osvobodimo svojce občutkov krivde in jih usmerimo k temu, kako lahko pomagajo. Včasih je treba več sestankov, včasih je dovolj občasno spremljanje. Če ob koncu sestanka družinski člani čutijo olajšanje, smo lahko prepričani, da smo na pravi poti. Pogosto je koristno skleniti pisni dogovor z vsemi člani družine.

7. *Spremenjeni odnosi na delovnem mestu.* Zagovornik spremlja uporabnika na delovno mesto in se pogovori s ključnimi osebami. Navadno že dejstvo, da obstaja nekdo, ki se zaveza za uporabnika, bistveno spremeni odnos. Nekaj podobnega se dogaja tudi v psihiatričnih ustanovah. Če to ne pomaga in so po sredi zakonske kršitve, opozorimo na možnost tožbe. Če še to ne pomaga, začnemo sodni postopek.

8. *Spremenjeni odnosi s prijatelji.* Zagovornik navadno ne poskuša intervenirati pri bivših prijateljih, razen na izrecno željo, temveč poskrbi za načine, kako bi uporabnik srečal nove ljudi. To lahko naredi na več načinov. Eden od njih je, da poišče prostovoljca, ki bi se bil pripravljen družiti z uporabnikom. V tujini imajo s tem precej različne izkušnje. Na splošno velja, da je to zelo učinkovito v obdobju krize, ko mora biti prostovoljcev več, da se izmenjujejo, sicer pa nekoliko pasivizira uporabnika. Bolje je ustvariti okolje, kjer se lahko srečujejo uporabniki in drugi in stvari potekajo bolj vsakdanje. Uporabnik se mora namreč sam naučiti navezovanja stikov.

Mimogrede lahko omenim še samopomočne skupine, ki naj bi jih organizirali in vodili

uporabniki. V tujini je takih skupin precej, pri nas pa nekako ne stečejo. Številni uporabniki pravijo, da želijo čimprej pozabiti na vse v zvezi s psihiatrijo in se želijo družiti izključno z "normalnimi" ljudmi. Seveda pa se pozabiti ne da. Izkušnjo je treba dodobra predelati in se znebiti njenih posledic.

9. *Izguba ciljev v življenju.* Zagovornik mora posvetiti vso pozornost ciljem, ki jih ima ali nima uporabnik. Pri tem je koristno poznavanje osnov logoterapije (npr. FRANKL 1981), pri čemer je čisto dovolj, da preberemo kakšno knjigo. Cilji in smisel življenja, ki jih moramo vedno pojmovati v okviru konkretnih aktivnosti, so za uporabnika najpomembnejši. Zanj pomenijo stik z občutenim jazom. Seveda zagovornik ne more dati uporabniku smisla, lahko pa je sogovornik pri njegovem iskanju. Zagovornik lahko pomaga uporabniku dojeti smisel trpljenja na ta način, da ga sprašuje po izkušnjah, ki si jih je pridobil.

10. *Pomoč v sporu z ustanovo duševnega zdravja.* Eno od področij, kjer lahko zagovornik podpre uporabnika, je pomoč osebi, ki je hospitalizirana v duševni bolnišnici. Zagovornik se najprej temeljito seznanj s pritožbami uporabnika, nato pa se pogovori z odgovorno osebo. Če ne pomaga, se obrne na predstojnika. Če gre za zakonske kršitve ali kršitve človeških pravic, lahko vloži tožbo. Pri nas je to še redkost. V Avstriji je zagovornišтво uzakonjeno z državnim zakonom, ki zahteva navzočnost zagovornika v vsaki duševni bolnišnici.

11. *Pomoč ob nepravilnostih v zvezi z od-*

vzemom opravilne sposobnosti. Če zagovornik ugotovi, da so uporabniku kršene zakonske ali človeške pravice, mora sprožiti postopek za zamenjavo skrbnika. Po navajanju nekaterih oseb, ki so se poklicno ukvarjale s tem področjem, pogovor s skrbnikom navadno ne prinese nobene koristi, saj slednji tako ravna zavestno in namerno, da bi si zagotovil določene materialne koristi. V tujini zagovornik pogosto postane skrbnik uporabniku, ki mu je bila odvzeta opravilna sposobnost.

RAZVOJ ZAGOVORNIŠTVA V SLOVENIJI

Zagovornišтво se je začelo v okviru študija duševnega zdravja v skupnosti (program Tempus) na Visoki šoli za socialno delo. Vključilo se je v Odbor za družbeno zaščito norosti kot eden njegovih projektov. Po začetnih sestankih in občasnem delu s strankami je stopilo v javnost konec leta 1992 z javno tribuno v Cankarjevem domu.

Poleti 1993 je bil v Mariboru tabor, posvečen predstavitvi zagovornišťva. Vzbudil je precej pozornosti medijev, pa tudi psihiatrije.

Jeseni istega leta je ob podpori Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve nastala zamisel, da bi odprli posvetovalnico za uporabnike psihiatričnih storitev. Skupina vključuje 4 pravnike, 2 psihologa in 3 socialne delavce. Deluje v prostorih Svetovalnice Fužine, Pregljev trg 15, vsako sredo med 17. in 19. uro ter na Društveni 35 vsak ponedeljek med 17. in 19. uro.

Literatura:

1. F. BASACLIA (1981), *Scritti I.: 1953-1968. Dalla psichiatria fenomenologica all'esperienza di Gorizia*. Torino: Giulio Einaudi.
2. D. BRANDON (1994), *Speaking out: Peer Advocacy and Support in Mental Health Services*. Cambridge: David and Althea Brandon.
3. V.E. FRANKL (1981), *Nečujan vapaj za smislom*. Zagreb : Naprijed.
4. E. GOFFMAN (1961), *Asylums*. London: Penguin Books.
5. R.D. LAING (1960), *The Divided Self: An Existential Study in Sanity and Madness*. London: Penguin Books.
6. E.M. PODVELL (1990), *The Seduction of Madness: A Revolutionary Approach to Recovery at Home*. London: Century.
7. F. REICHMAN-FROMM (1964), nav po: H. GREEN, *I Never Promised you a Rose Garden*. London: Pan Books.
8. M.E.P. SELIGMAN (1975), *Helplessness: On Depression, Development and Death*. San Francisco: Freeman Press.
9. A. TRSTENJAK (1971), *Oris sodobne psihologije*. Maribor: Obzorja.
10. C. E. VAUGHN, J. P. LEFF (1973), The Influence of Family and Social Factors on the Course of Psychiatric Illness. *British Journal of Psychiatry*, 129: 125-137.
11. R. WARNER (1985), *Recovery from Schizophrenia*. London : Routledge and Kagan.