

Vito Flaker

Duševno zdravje in socialno delo

Uvodna opomba

Orisovanje in opisovanje področja, kot je duševno zdravje, je zahtevna naloga, o kateri nisem gotov, ali sem jo dobro opravil. Ena izmed dilem, s katerimi sem se srečeval, pa jih nisem do konca razrešil, je: ali je in koliko je predmet mojega dela psihiatrija in sploh kompleks *psi*, ki se je v zadnjih desetletjih razvil ob psihiatrični ustanovi in zunaj nje. To boste lahko videli tudi ob branju tega sestavka, ki se včasih osredotoča na psihiatrijo, včasih pa razširi pogled tudi na druge dejavnosti. To je še zlasti očitno pri statistiki, kjer so predstavljeni zlasti podatki, ki se tičejo psihiatričnih služb. Ne gre samo za dilemo, temveč tudi za pomanjkanje drugih podatkov. Hkrati pa bi opozoril, da se kljub težnji, da karseda objektivno predstavim to področje, pri pisanju članka nisem mogel izogniti trditvam, mnenjem in komentarjem, ki izhajajo predvsem iz mojega lastnega pogleda na materijo.

Zgodovina in razvoj

Zgodovina skrbi za duševno zdravje, psihiatrije in norosti je bila v zadnjih desetletjih eden izmed privilegiranih predmetov proučevanja v družboslovju in humanistiki po razvitem svetu (zlasti delo Michaela Foucaulta, pa tudi Roberta Castela in Andrewa Sculla). Če sledimo njihovi liniji, lahko po naših historiografskih izsledkih¹ sklepamo, da je razvoj slovenske psihiatrije in drugih skrbi za duševno bolne potekal kakor drugje v Evropi. Tudi pri nas smo bili v 16. stol. priča velikega zapiranjū deteritorializiranih množic postopačev, ubožcev, sirot, bolnikov in poleg ostalih norcev v izpraznjena zavetišča za gobavce (leprozorije). To so bile splošne ustanove, ki so kot socialno ekološka inovacija čistile mesto odvečne in nedelavne populacije ter ustvarjale red, potreben za delovanje mest v razsvetljenem absolutizmu. Tako se je ustvaril dispozitiv zapiranja in izločanja, ki je paradigmatško zaznamoval delo z obrobniimi populacijami in devianti skoraj do konca 20. stoletja. Pri nas najdemo identičen proces, saj je bilo gobavišče pri Šempetru v Ljubljani uporabljeno najprej za ubožnico, potem lazaret in nato vojašnico (sedaj sedež medicinske fakultete in onkološki inštitut). Okoli tega stebra zapiranja se je sčasoma na obeh bregovih Ljubljani razvil bolnišnično-karceralno-kasarniški kompleks, kjer je med drugim sedaj tudi Center za mentalno zdravje na Poljanskem nasipu (v poslopju nekdanje prisilne delavnice).

¹ Tu se sklicujem na zgodovinski del poročila L. MILČINSKI, M. NOVAK: *Duševno motene osebe v socialnih domovih SR Slovenije*. Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, 1987, ter na magistrski nalogi Darje Zaviršek (FSPN) in Bogdana Lešnika (FF), kot tudi na moje lastne izsledke o Šempetru, ki jih še nisem objavil.

Posebna ustanova za blazne se je začela graditi v obliki posebnega oddelka deželne bolnišnice v Ljubljani l. 1821. To je spričo provincialne Ljubljane in tudi cele Avstroogrške proti Franciji in Angliji precej sodoben dosežek. Ideja o ustanovitvi posebnega zavoda se je pojavila že 1841, a je bila realizirana šele 1881, ko se je odprla Kranjska deželna blaznica na Studencu, na kraju, kjer je bila prej menežerija knezov Auerspergov. Ta ustanova je še vedno temelj slovenska psihiatrije. V tem času je za večji del ruralne Evrope značilno, da poleg javne ustanove obstajajo tudi privatne (cerkvene ustanove) ter tudi domača oskrba. Da pa je bila slovenska psihiatrija podvržena podobnim protislovjem kot v metropolah (non-restraint), se kaže v konfliktu, v katerega se je zapletel dr. Robida na začetku stoletja. Med obema vojnoma je slovenska psihiatrija "s težavo lovila spodnji rob evropskega povprečja in so ji bile terapevtske možnosti omejene praktično na predkratim uvedeno inzulinsko komatozno ter konvulzijsko zdravljenje".¹ Posebno nesrečna pa je bila usoda bolnikov in cele stroke med vojno, ko je bila v Novem Celju v okviru nacističnega evtanazijaskega programa likvidirana cela bolnica (430 bolnikov), še 429 pa jih je umrlo zaradi stradanja, prostorske stiske in podobnega, kar je prinesla vojna, in selitev v manj primerne prostore. Se pravi, da je med vojno umrla dobra polovica aziliranih bolnikov (posteljni fond je bil 1370 postelj). Po vojni so se grozljive razmere v psihiatričnih zavodih nadaljevale. Slabe nastanitvene in ubikacijske razmere so ob naraščanju sprejemov l. 1952 pripeljale do stanja, ko ni bilo mogoče spremljati bolnikov. Kriza se je razrešila z dodeljevanjem neuporabnih prostorov zunaj urbanih središč, v stavbah kot gradovi in kasarne. Hkrati se je povečevalo število vseh profilov osebja in obravnavnih možnosti, odprle pa so se tudi prve nebolnišnične službe - psihiatrični dispanzerji. V tem času so se v psihiatriji zaposlili prvi socialni delavci.

V šestdesetih in sedemdesetih letih so bila za slovensko in sploh vso psihiatrijo dinamična. Pod vplivom svetovnih gibanj (deloma tudi v konkretnih stikih z Basaglijevo ekipo v Gorici) se je sprožila serija inovacij v smislu uveljavljanja socialnopsihiatričnih in psihoterapevtskih načel: odpiranja bolnišničnih vrat (odprti oddelki, premisivnejši odnos do bolnikov, uvajanje psihoterapevtskih in socioterapevtskih tehnik, terapevtskih skupnosti, rehabilitacijskih programov, delovne terapije itn. Najbolj ilustrativna primera sta preobrazba Poljanskega nasipa iz kronične enote v moderno psiho- in socioterapevtsko kliniko pod vodstvom dr. Lokarja in pa uveljavljanje socioterapevtskih oblik zdravljenja alkoholizma pod vodstvom dr. Ruglja na Škofljici. V to obdobje spadaja tudi prva prizadevanja za preventivo, predvsem na področju samomorov, kjer sta ustanovljena register in služba, znana kot "Klic v duševni stiski".

To je tudi obdobje, ko se je pojavilo antipsihiatrično gibanje. Gibanje je imelo večji odmev v kulturi (laični) kot v strukturi (psihiatrični) in je tudi v Sloveniji samo na zunaj zatreslo psihiatrično stavbo. Poleg nekaterih časopisnih polemik, posebne številke revije Problemi, v kateri so sodelovali tudi nekateri priznani psihiatri, je treba omeniti nastajanje Društva za pomoč v duševni stiski, ki naj bi bil organizacija pacientov, laičnih prostovoljcev ter strokovnjakov. Napori dr. Rojnjkove, ki je bila vodilna figura v tem gibanju, so trčili ob nasprotovanje psihiatrične

¹ Glej L. MILČINSKI, M. NOVAK: *Duševno motene osebe v socialnih domovih SR Slovenije*. Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, Ljubljana, 1987, str. 17;

ustanove in pa na ravno kar politizirano zakonodajo, ki je urejala življenje društev.

Znotraj psihiatrije se antipsihiatrično gibanje ni artikuliralo kot smer iskanja novih institucionalnih odgovorov ali v kakršnemkoli gibanju, ki bi imelo za cilj radikalno spremembo v obravnavi pacientov ali dezinstitutionalizacijo duševne bolnišnice. Morda bi lahko rekli, da se je konflikt prenesel ali premestil na razpravo in na konflikt med zastopniki psihoterapevtskega in biološkega pogleda na duševno bolezen. Disidentska kritika Rojnikove in Ruglja pa je sčasoma pripomogla, da sta se potencialna nasprotnika pobotala, konflikt pa se je razrešil v delitvi dela (npr. med Poljanskim nasipom kot izrazito psihoterapevtsko naravnano kliniko in bolnico v Polju kot biološko usmerjenim programom) in sobivanjem obeh različnih pristopov.

Psihoterapija je zares vstopila v psihiatrične kroge šele po vojni, saj psihoanaliza, kljub določenem kulturnem vplivu tudi na psihiatre (Grum) v samo institucijo ni prišla (npr. nasprotovanje Šerka). Po vojni pa so strokovnjaki (zlasti Milčinski in Bergant) vpeljali v delo psihiatričnega dispanzerja psihoterapevtske metode, ki so temeljile na neofreudovski šoli Schultz-Henkeja. Ta sicer obrobna psihoterapevtska šola je do sedemdesetih let obvladovala slovenski psihoterapevtski prostor. V sedemdesetih in še zlasti v osemdesetih so začele prek Zagreba prihajati bolj sofisticirane angleške analitične usmeritve, ki se napajajo iz kleinovske tradicije. Kljub izjemni zastopanosti v slovenskem kulturnem prostoru lacanovska smer v Sloveniji ni razvila svoje prakse.

V 70. letih so se pojavile v slovenskem prostoru tudi t. i. nove skupinske terapije, ki niso bile vezane na psihiatrične ustanove. V Sekciji za skupinsko dinamiko in osebnostno rast so se srečale pobude, ki so nastale ob projektih dela z mladino in otroci (logaški eksperiment, Rakitna) in tiste, ki so nastale med študenti na psihološkem oddelku in v klubu Vsemirje ter se v osemdesetih letih razširile med delavci na *psi* področju. S temi tehnikami so se v pomanjkanju institucije privatne prakse srečali bolj strokovnjaki, v predelani obliki pa so zajele tudi njihove kliente.

Z razvojem nebolnišničnih služb je psihiatrija izgubila vlogo "ekskluzivnega dobavitelja *psi* uslug". Ob njej kot centralni službi za to področje so se razvile še druge službe, npr. vzgojne posvetovalnice, šolske svetovalne službe, industrijski psihologi. Pomnožilo se je tudi število in poglobila kvaliteta *psi* posegov na centrih za socialno delo, vzgojnih zavodih in še kje drugje. Če je šlo v večini teh služb za prenos terapevtskih in diagnostičnih tehnik v drugo okolje, pa so pravo inovativnost v smeri skupnostne skrbi za duševno zdravje prispevali nekateri akcijsko razlikovalni projekti, ki jih je izvajala skupina, ki se je zbrala okoli Stritih in Kosove. Gre za niz poskusov, ki so uvajali nove obravnavne sheme (terapevtske kolonije in tabori, prostovoljno delo, skupinsko delo) in hkrati podpirali ali celo ustvarjali integracijske procese (vključevanje motečih in motenih v taborniško organizacijo, mladinske klube, osnovno šolo), s tem da so za objekt svojega delovanja in demokratičnega spreminjanja vzeli tudi same organizacije in skupnosti (taborniška organizacija, mladinska organizacija, mladinske delovne akcije, krajevna skupnost). Konec osemdesetih let se je nadaljevanje te dejavnosti razvilo v smer dezinstitutionalizacijskega projekta (Hrastovec) ter v razvijanje metod samopomoči, v devedesetih pa do ustanovitve pravih civilnih organizmov na tem področju (Odbor za družbeno zaščito norosti, Društvo za spodbujanje druževnega zdravja Alpe-

Jadran) ter krhkega soglasja med temi državnimi organi in "uradno psihiatrijo" o nujnosti razvoja psihosocialnih služb v skupnosti (projekti stanovanjskih skupin, dnevnega centra, "študij duševnega zdravja v skupnosti - usposabljanje za psihosocialno delo", Tempusov projekt na Visoki šoli za socialno delo).

Doktrina vprašanja socialnega dela na tem področju

Če Castel¹ ugotavlja, da so na področju duševnega zdravja tri tendence. Najprej medikalizacija, ki se kaže v scientističnem pristopu tako k razumevanju kot k zdravljenju duševne bolezni, se pravi v "vračanju" k organskim in biokemičnim osnovam duševne bolezni in k medicini kot znanstveni disciplini, na področju obravnave pa k bolj objektivnim tehnikam (poleg psihofarmakov so čedalje bolj aktualne vedenske terapije). Drugič, upravljanje tveganj, kar po eni strani pomeni z informacijsko tehnologijo podprto centralno planiranje prebivalstva, ki velja za družbeno tveganje (npr. zgodnja detekcija motenj pri otrocih), in zagotavljanje obravnavnih naprav zanje, po drugi strani pa decentralizirano mrežo (formalne in neformalne narave) različnih služb tako v javnem kot v privatnem sektorju. V tej tendenci so kompetence, ki jih je v klasični psihiatrični ustanovi združeval psihiater in so se dogajale na enem mestu, namreč, kot diagnostična in administrativna obravnava, tako razcepljene, da tisti, ki ugotavlja nesposobnost ali tveganje pri ljudeh, ni v stiku z njihovo obravnavo. In tretjič, psihologizacija normalnosti, se pravi ustvarjanje psihološke kulture, ki temelji na sedanjosti, neposrednosti in na odnosnih predpostavkah, ki je podprta z uveljavljanjem novih humanističnih terapij in ki se je uveljavljala v najbolj očitni obliki v gibanju za osebno rast in se je razširila na različna področja daleč ven iz psihiatrije (permanentno izobraževanje, *human relations* v industriji ipd.).²

Pri nas lahko opazimo podobne tendence, čeprav nekatere v okrnjeni obliki. Zelo razvita je naprimer bolnišnična psihiatrija; v njenem okviru se je v zadnjih letih razvijal medikaliziran pristop. Veliko dejavnosti je še v zametkih in na deklarativni ravni (npr. oblike skupnostnih služb), hkrati pa lahko ugotovljamo, da so številne oblike *psi* delovanja, ki prepredajo skupnost, že dobro razvite in dolgo delujejo (npr. psihohigienske službe v zdravstvenem varstvu otrok). Izrazito nerazvit pa je privatni sektor izvajanja uslug, tako neprofitni, dobrodelni društveni del kot tudi profitni (npr. privatna praksa).

V tako neenakomerno razviti mreži socialnega dela na področju duševnega zdravstva so se razvile naslednje oblike dela:

- socialno delo s primerom,
- socialna ekspertiza,
- organiziranje in upravljanje skupnostnih oblik in skupnostno socialno delo,

¹ Glej R. CASTEL: *Le gestion des risques*. Minuit, Paris, 1981.

² Ta povezetek osnovne Castelove misli, ki pa je zelo krivičen njegovi kompleksni in rafinirani analizi, naj zaenkrat zadošča, ker jo imamo tu za primerjalno matrico pri ugotavljanju naših razmer. Vsekakor pa moramo pripomniti, da pri teh spremembah zadenemo ob zelo občutljivo temo družbene kontrole, saj gre za premik od očitno represivnih oblik k bolj subtilnim, ki so po eni strani bolj razprostranjene in destruktivne, kar se tiče osebne in institucionalne zgodovine, hkrati pa puščajo večjo maržo svobode in avtonomnosti tako uporabnikom kot tudi strokovnim delavcem.

- socialno terapevtska dejavnost.

Socialno delo s primerom je klasična oblika socialnega dela, ki po vzoru drugih storitvenih dejavnosti in še zlasti medicinskega modela¹ za svoj predmet in fokus dela vzame posamezno stranko in njene (socialne) težave in jih obravnava kot zaprt, popravljiv sistem. To v socialnem delu pomeni obravnavo socialnih okoliščin pacientove stiske ali bolezni (ocena socialnega stanja družine in posameznika, urejanje socialnega statusa - npr. upokožitev, iskanje službe, nameščanje v dom, urejanje domačih in lastninskih razmerij, socialna pomoč itn.). Ker gre za osebno obravnavo, seveda delo s primerom zajame tudi druge (odnosne, doživljajske) vidike in gre onstran urejanja zgolj socialnih težav v ozkem pomenu te besede. To še toliko bolj drži za socialno delo na področjih, ki ležijo izven bolnišničnega okolja in kjer je delitev dela manj specifična (npr. v centrih za socialno delo, v vzgojno izobraževalnih ali delovnih ustanovah). V smeri celovite in samostojne obravnave se je razvilo še posebej na področju dela z družino, kjer se ponekod znotraj centrov za socialno delo uveljavljajo zakonske svetovalnice.

Socialna ekspertiza je na neki način avtonomiziran del dela s primerom. Gre za ugotavljanje in ocenjevanje socialnih okoliščin, težav, sposobnosti ipd. zlasti pri posameznikih, po navadi za tretjo stranko in ne nujno v povezavi z obravnavo. To se lahko dogaja v timski obravnavi, ko socialni delavec opravlja samo poizvedbeno funkcijo, ali pa v upravnih ali pravosodnih postopkih. Tako je ekspertna vloga socialnega delavca (kot *psi strokovnjaka*) neobhodna in odločujoča pri kazenskih postopkih zoper mladoletnike, pri kategorizacijskih postopkih za duševno prizadete otroke in pri postopkih invalidizacije.

Organiziranje in upravljanje v skupnostnih oblikah in skupnostno socialno delo se je, kot smo omenili, razvilo šele v zadnjem obdobju. Gre po eni strani za organiziranje in vodenje oblik obravnave, ki se odvijajo v skupnosti, ne pa v segregirani ustanovi (npr. stanovanjske skupine, družinska oskrba duševnih bolnikov), po drugi strani za vključevanje ljudi s psihičnimi težavami, ki so sicer marginalizirani ali stigmatizirani, v skupnost (v organizacije za preživljanje prostega časa) in za onemogočanje segregacije (pomoč pri psihosocialnih težavah otrokom v osnovnih šolah) ali dviganje kvalitete življenja (npr. letovanja, izleti, terapevtske kolonije in tabori), po tretji strani pa za animiranje širše, zlasti pa ožje skupnosti za reševanje problemov in tudi spreminjanje odnosa do motečih fenomenov (delo v novih soseskah za vzpostavljanje solidarnosti, delo Odbora za družbeno zaščito norosti, vključevanje motečih in motenih otrok v taborniško organizacijo ipd.). Žal je večina naštetih izkušenj zgolj eksemplaričnih, se pravi, da obstajajo izkušnje, ki pa se (zaenkrat) še niso razširile in niso stalnice v delu socialnih služb, ne v generičnem socialnem delu kot tudi ne v socialnem delu v psihiatričnih ali drugih ustanovah. Nasprotno, uvajanje teh oblik se pogosto srečuje z velikimi težavami, ki so bodisi organizacijske narave (te oblike niso zakonsko predvidene in zanje niso predvidena sredstva ali organizacijski okviri), bodisi se srečujejo z nerazumevanjem "odgovornih oseb" in forumov ali samih občanov (primer ustanavljanja dnevne oskrbe za duševno prizadete v BS-3), ali pa jih zaustavi pomanjkljivo znanje, organiziranost in socialni pogum tistih, ki naj bi jih organizirali. Izmed oblik skrbi za duševno

¹ Glej GOFFMAN: *Asylums*. Penguin Books, 1968, in povzetek v: *Hrastovski anali za leto 1987*. RK ZSMS, Ljubljana, 1988.

zdravje v skupnosti se je najbolj razvilo prostovoljno delo. Po zgoraj omenjenih eksperimentih se je v slovenskih centrih za socialno delo, vzgojnih posvetovalnicah in izobraževalnih ustanovah razvilo veliko različnih oblik prostovoljnega dela z različnimi skupinami strank, zlasti z otroki in mladostniki.

Pravne osnove

Duševno zdravstvo v ožjem pomenu besede pravno urejata Kazenski zakon in Zakon o nepravdnem postopku. Prvi ureja prisilno zdravljenje storilcev kaznivih dejanj (v psihiatričnem zavodu ali ambulantno) in prisilno zdravljenje alkoholikov in odvisnežev od psihotropnih substanc, drugi pa postopke prisilne hospitalizacije ali "odvzema prostosti" ljudem, ki ogrožajo druge, sebe ali lastnino. Značilnost prvega je, da omogoči sodišču, da namesto obsodbe izreče ukrep zdravljenja, drugi pa odreja sodno kontrolo nad usodo ljudi na zaprtih psihiatričnih oddelkih.

O izvajanju členov Kazenskega zakona, ki se tičejo prisilnega zdravljenja, lahko rečemo, da obstajata dve tendenci. Prvič, da se število ljudi, ki se prisilno zdravijo, zmanjšuje, drugič, da se je število pacientov na forenzičnem psihiatričnem oddelku zmanjšalo ter da je oddelek odprtega značaja, kar je precedens v psihiatrični praksi sploh, tretjič pa, da se večja število ljudi, ki se zdravijo na različnih oddelkih drugih psihiatričnih ustanov.

Ustrezni členi zakona o nepravdnem postopku se ekstenzivno uporabljajo v praksi psihiatričnih ustanov. Eden izmed razlogov za pogosto rabo tega zakona je v organizaciji psihiatričnega zdravljenja, saj je začetek zdravljenja zelo pogosto povezan z bivanjem na sprejemnem oddelku, ki je zaprt in je treba za bivanje na oddelku uporabiti zakon. Dejansko veliko sprejetih pacientov ostane na sprejemnem oddelku kratek čas. To pa ima za posledico zasipanje sodišča z primeri, ki so "rešeni", še preden se sodišče odzove, in nadaljno posledico, da je sodišče razmeroma neobčutljivo za ukrepanje in varovanje pravic ljudi, ki začasno izgubijo prostost.

Za delovanje socialnih delavcev in drugih strokovnjakov na področju duševnega zdravja so pomembni še zakoni, ki določajo njihovo sodelovanje v družinskih procesih (pri razvezi, dodeljevanju otrok, preživninah, posvojitvah in odvzemu starševskih pravic), pri ekspertizah za kategorizacijo otrok in invalidov in mladoletnih prestopnikov, za odvzem opravilne sposobnosti in skrbništvo. Ti zakoni določajo ekspertno vlogo socialnih delavcev in zdravnikov (psihiatrov) v teh postopkih, deloma pa tudi v obravnavi.

Za položaj duševnih bolnikov in drugih ljudi s težavami psihične narave sta pomembna tudi postopka invalidizacije in odvzema opravilne sposobnosti, ki ju urejata Zakon o delovnih razmerjih in Zakon o nepravdnem postopku, saj določata njihovo odvisnost od drugih in njihovo (ne)zavarovanost v teh primerih. Na tem mestu se bomo zadovoljili s splošnim vtisom, da je v primerjavi z drugimi osebami, ki so deležni podobnega statusa (invalida in odvisne osebe), duševni bolnik relativno manj zavarovan tako v državljanskih pravicah (odvzem opravilne sposobnosti ali prostosti) kot tudi socialnih (pravice, ki izhajajo iz statusa invalida). Pred kratkim je bila podana pobuda (v okviru Društva za spodbujanje duševnega zdravja Alpe-Jadran), da se področje duševnega zdravja uredi s posebnim zakonom.

Statistika

Bolnice

Vseh šest psihiatričnih bolnic v Sloveniji ima 1.614 ali 13,6% vseh bolniških postelj v Sloveniji ali 8,08 postelj na 100.000 prebivalcev. Te bolnice sprejmejo 11.127 pacientov letno ali 47,65 na 100.000 prebivalcev. Povprečna ležalna doba je 49 dni.¹

Trend je bil v zadnjih dvajsetih letih v zmanjševanju števila postelj (1979: 1.849, 1980: 1.731, 1985: 1.594), a se je, kot kaže, ustavil, spremljal pa ga je trend povečevanja števila sprejemov (1970: 6.146, 1975: 7.677, 1980: 9.264, 1985: 9.432), ki, kot kaže, raste, kar pomeni, da se je ležalna doba zmanjšala (1970: 89, 1975: 76, 1980: 60, 1985: 54).²

Diagnosticiranih je bilo 10.902 duševnih motenj. Od tega:

	N	%
Sindrom odvisnosti od alkohola	2287	21,0
Shizofrene psihoze	2017	18,5
Nevrotične motnje	1087	10,0
Afektivne psihoze	1025	9,4
Alkoholne psihoze	888	8,1
Drugo	3598	33,0

Po podatkih univerzitetne psihiatrične klinike v Ljubljani so bili sprejemi v 52,8% recidivi. Po socialnem statusu pa so bili v 45% primerov upokojeni ali občani, 27,8% delavci ter 8,1 vzdrževalni člani.³

Stopnja hospitalizacije, t. j., število hospitaliziranih bolnikov na prebivalstvo, je po regijah odvisna od razvitosti regije in tega, ali tam obstaja bolnišnica (Novo mesto, ki je deloma nerazvita občina in nima svoje bolnice, ima daleč najmanjše razmerje hospitaliziranih bolnikov na število prebivalcev: 3,92 na 1000 prebivalcev, v primerjavi z npr. Kranjem: 6.80).⁴

Nekaj duševnih bolnikov je bilo hospitaliziranih na internih (889), nevroloških (565) in pediatričnih oddelkih (371).⁵

Nebolnišnične dejavnosti

Leta 1989 so v splošnem zdravstvu ugotovili 52.387 duševnih motenj. Od tega:

¹ Glej *Zdravstveni statistični letopis Slovenije 1990*. Univerzitetni zavod za zdravstveno in socialno varstvo, Ljubljana, 1991.

² Podatki, ki jih je zbral dr. J. Lokar, povzeti po L. MILČINSKI, M. NOVAK: *Duševno motene osebe v socialnih domovih SR Slovenije*. Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, 1987, str. 21.

³ Glej *UPK Ljubljana - Letne analize, gradivo*. Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana.

⁴ Glej *Zdravstveni statistični letopis*. Slovenija 1990, Univerzitetni zavod za zdravstveno in socialno varstvo, Ljubljana, 1991, str. 408.

⁵ Glej *Zdravstveni statistični letopis, Slovenija 1990*. Univerzitetni zavod za zdravstveno in socialno varstvo, Ljubljana, 1991, str. 409.

VITO FLAKER

	N	%
psihoze	7043	13,4
alkoholizem	6188	11,8
nevroze, motnje osebnosti idr.	38533	73,6
duševna zaostalost	623	1,2

Poleg tega je 30 psihiatrov v specialističnih ambulantah opravilo 119.071 obravnav, od tega 27.933 prvih. V primerjavi z drugimi specialističnimi ambulantom je relativno veliko ponovnih obiskov.¹

Ugotovljenih je bilo 32.041 duševnih motenj, od tega:

	N	%
psihoze	8191	25,6
alkoholizem	4739	14,8
nevroze, motnje osebnosti idr.	18396	57,4
duševna zaostalost	715	2,2

Od 42.127 prvih obiskov v letu 1989 jih je patronažna služba opravila 1.559 pri duševnih bolnikih (3,7%), 1.397 pri alkoholikih, 436 pri socialnih podpirancih, 165 pri rejencih in 8.558 pri starostnikih.

Socialni zavodi - domovi

Od 10.983 oskrbovancev domov upokojencev (vključno s Hrastovcem, ki je poseben zavod za kronične duševne bolnike in duševno prizadete) jih je bilo l. 1985 4.730 ali 43% ocenjenih za duševno motene.²

Po diagnozah ob dveh pregledih je bila podoba naslednja:³

	%	
	l. 1968	l. 1985
oligofrenija	28,8	18,7
senilne in arteriosklerotične demence in psihoze	27	33,9
ostale duševne abnormnosti organskega porekla	0	5,8
psihoze shizofrenega kroga	17	16,5
druge, nediferencirane psihoze, v glavnem endogene	2,3	7,2
alkoholizem, alkoholne psihoze	9,4	12,5
epilepsija	4	2,0
nevrotske motnje	0	3,8

¹ Glej *Zdravstveni statistični letopis, Slovenija 1990*. Univerzitetni zavod za zdravstveno in socialno varstvo, Ljubljana, 1991.

² Glej L. MILČINSKI, N. NOVAK: *Duševno motene osebe v socialnih domovih SR Slovenije*. Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, Ljubljana, 1987, str. 43.

³ Glej L. MILČINSKI, M. NOVAK: *Duševno motene osebe v socialnih domovih SR Slovenije*. Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, Ljubljana, 1987, str. 48.

Kadri

V bolnicah je zaposlenih 1.236 ljudi, od tega 682 ali 55.18% zdravstvenega osebja: 124 zdravnikov, 171 višjega, 343 srednjega in 37 nižjega.

Organizacijska mreža (institucionalna, volonterska)

V Sloveniji je šest psihiatričnih bolnic: Univerzitetna psihiatrična klinika v Ljubljani (605 postelj), Pohorski dvor pri Mariboru (184), Ormož (160), Vojnik (210), Idrija (255) in Begunje (200). Poleg tega so po vseh slovenskih regijah razporejeni psihiatrični dispanzerji ali specialistične psihiatrične ambulante.

Poleg tega izvajajo pomembne usluge na področju duševnega zdravja še druge službe. Splošno zdravstvo in patronažne službe v skrbi za lažje motnje in oskrbo odpuščenih bolnikov; socialni zavodi za bivanje kroničnih in dolgotrajnih bolnikov; vzgojne posvetovalnice pri vzgojnem svetovanju, družinskem delu ter preventivnih dejavnostih; šolske svetovalne službe pri svetovanju, delu z družino ipd.; psihosocialne službe v delovnih organizacijah pri postopkih invalidizacije, nameščanja in vzdrževanja duševnih bolnikov v delovnem okolju; centri za socialno delo pri dodeljevanju socialnih pomoči, svetovanju družinam, pri pomoči bolnikom za življenje zunaj bolnic, tudi v okviru različnih skupnih akcij, in deloma pri pomoči ogroženim družinam in posameznikom; zavodi za rehabilitacijo pri usposabljanju in nameščanju; vzgojni zavodi pri mladini z vedenjskimi motnjami.

Poleg te institucionalne sfere se v zadnjem času pojavljajo neinstitucionalne pobude, ki jih ustvarjajo bolj ali manj formalno delujoče skupine. Zunaj institucij tako poleg velikega korpusa Klubov zdravljenih alkoholikov delujejo andragoško naravnane skupine pod vplivom dr. Ruglja, nekaj samopomočnih skupin (avtorju je znanih pet) različnih usmeritev (psihoterapevtskih, družabnih, ženskih) ter iniciative za prostovoljno delo, ki jih je sprožil Odbor za družbeno zaščito norosti. Pričakovati je, da se bo v prihodnjih letih razvijala privatna praksa, čeprav za zdaj ni nobenih znakov, ki bi v prihodnjem letu ali dveh nakazovali kakšen bum.

Tako se mreža akterjev na tem področju kaže v obliki koncentričnih krogov, ki se podobno kot Dantejev pekel širijo glede na težavnost motenj in glede na mobilnost in odvisnost posameznikov - od bolnišnične psihiatrije z zadnjo postajo Hrastovec prek specialističnih služb, socialnega dela, posvetovalnic do povsem nepsihiatričnih, preventivnih pristopov in načinov dela. Značilnost teh krogov je, da jim kljub temu, da znotraj njih obstajajo razlike v pogledih, ravnanjih in strokovni ideologiji, da v njih dominira psihiatrična ustanova kot ključ in kriterij, kajti zadnja rešitev je lahko vedno napotitev ali premestitev v naslednjih krog (do Hrastovca). Zastavlja se vprašanje, ali so oblike dela in lotevanje problematike duševnega zdravja, ki se porajajo zunaj institucionalnega kompleksa, tudi zunaj sistema teh krogov ali pa so le njegov del; ali je kapilarnost njihovega pristopa nova kvaliteta v pristopu k duševnem zdravju, ali pa le dopolnilo in varianta logike, ki jo je vpeljal azil.

Problemi in protislovja

Na tem mestu se ne bomo ukvarjali s protislovji, ki so obvladovala kritični

diskurz duševnega zdravja v preteklosti, npr., koliko je duševna bolezen substancialna entiteta, koliko pa le etiketa, ne z razmerji med represivno-kontrolno funkcijo služb duševnega zdravja ter podporno-solidarnostno, med medicinskim, psihološkim in socialnim pristopom k duševnem zdravju, med kurativno in preventivo, temveč se bomo, kolikor nam prostor omogoča, posvetili strukturnim problemom tega področja.

Če smo omenili dvojnost tendence razvoja na tem področju, usmeritev v medikalizacijo psihiatrije in zmanjševanje njene socialne naravnosti po eni strani ter po drugi usmeritev v skupnost¹, se lahko pridružimo mnenju nekaterih psihiatrov, da se je medicinska usmeritev v zadnjih letih pri nas razvila bolj kot skupnostna. To pomeni, da skupnostna usmeritev brez ustreznih akterjev zaradi nerazvitih oblik prostovoljnega združevanja pri nas tvega razvodenitev.

Ob načrtovanju in uvajanju novih oblik je eden od glavnih problemov denar. Čeprav veliko podatkov kaže na to, da je lahko razvijanje novih oblik tudi ekonomsko in fiskalno učinkovito, je potreben za njihov zagon nov vir denarja, ki ga v sedanjih politični in ekonomski situaciji ni.

Naslednje na seznamu problemov je znanje, potrebno za razvijanje psihosocialnih služb, ki naj bi delovale na področju duševnega zdravja v skupnosti. Ravno tako, kot nam manjka kultura prostovoljnega združevanja, nam manjkajo znanja, ki bi jih lahko delavci na tem področju uporabljali na ravneh pristopa k strankam, organizacijskih spretnosti, teoretičnega pogleda na fenomene, ki jih srečujejo, itn. Kajti znanja, ki so na voljo, so nastala v institucionalnih okoljih in so v svoji naravi redukcioniistična.

Potem je tu problem oblasti in moči. Tudi v "postkomunistični" Sloveniji je struktura oblasti še vedno difuzna in karkovska, kar pomeni, da se izmika dosegljivosti, je nepregledna in polna dvojni sporočil. Kajti po eni strani deklarativno podpira projekte, ki peljejo skupnost v smer bolj integriranega in normaliziranega obravnavanja ljudi z duševnimi tegobami, po drugi strani pa je težko dosegljiva, ko bi morala ta prizadevanja tudi zares podpreti.

Slovenska javnost je pomanjkljivo seznanjena s problemi in ni senzibilizirana za to temo. To se kaže po eni strani v nesprejemanju ali odporu do takih projektov v skupnosti (npr. odpor krajanov do skupnostne oblike varstva duševno prizadetih v ljubljanski soseski), po drugi strani pa v pomanjkljivem publiciranju o tej temi. Zastopanost teh in drugih socialnih tem v slovenskih medijih je minimalna, kar je posledica uredniške politike, ne pa nezanimanja občinstva.

V tem smislu lahko govorimo o dvojnosti kulture in strukture, saj je slovenska javnost prek konzumiranja množične kulture iz zahodnih virov (filmi kot *Let nad kukavičjim gnezdrom* in *Francis* so bili uspešnice tudi pri nas, pa tudi časopisi poročajo o različnih oblikah ukvarjanja s tem problemom, da ne govorimo o kulturnem fenomenu psihoanalize) spoznala večplastni problem duševnega zdravja, hkrati pa ne pozna pristopov in oblik v njihovi konkretnosti. Gre za razkorak med

¹ Psihoterapija, ki je nekoč predstavljala posebno usmeritev in tudi neke vrste alternativo, je ta trenutek nekje vmes ter pravzaprav razklana na podoben način. Medikalizaciji se priklanja s priseganjem na medicinski model; kot delovno orodje in še zlasti v svojih skupinskih oblikah, s sistemsko teoretičnimi pogledi, družinsko terapijo in ponujanjem terapije samopomočnim prizadevanjem, terapije za normalne, pa koketira s skupnostno usmeritvijo.

predstavami in realnimi možnostmi za reševanje problemov.

Perspektive razvoja

Že dolga leta je perspektiva, ki jo slovenska psihiatrija vzdržuje v okviru težnje po medikalizaciji, ustvarjanje majhnih psihiatričnih oddelkov v splošnih bolnišnicah. Poleg tega je še zlasti v zadnjem času dozorelo spoznanje o potrebnosti razvijanja služb, ki bi imele zlasti socialno noto in bi izvajale usluge predvsem ljudem z dolgotrajnimi duševnimi težavami, stalnim strankam psihiatrije, ki si zgolj z bivanjem v bolnici ne morejo izboljšati kvalitete življenja. Skladno s težnjo po medikalizaciji psihiatrije pa je (žal) prisotna tudi tendenca, da to skrb prevzamejo socialne službe. Ne glede na močnejšo ali šibkejšo navzočnost psihiatrije na tem področju lahko gotovo rečemo, da bodo v prihodnosti socialne službe čedalje pomembnejši akter pri reševanju problemov duševnega zdravja.

V perspektivi ustvarjanja služb v skupnosti ter reintegracije duševnih bolnikov v skupnost je treba tudi skupnost pojmovati kot javnost. In senzibilizirati javna občila za te vrste probleme, kot tudi za socialno tematiko nasploh. To pomeni razpravljati o razvoju tega področja v javnosti in ne zgolj v strokovnih krogih, poročati o projektih in predstavljati porabnike služb skozi druge prizme, ne le skozi črno kroniko. To pomeni publiciranje strokovnih in poljudnih tekstov s temi vsebinami in morda tudi izdajanje specializirane revije.

V perspektivi prestrukturiranja služb za duševno zdravje je treba po eni strani zagotoviti denar za nove, kar bi šlo deloma tudi iz obstoječih fondov, še zlasti pa je treba biti pozoren, da država ne izkoristi prestrukturiranja za odpravljanje ali zmanjševanje izdatkov, ki so že tako premajhni. Gre torej za prestrukturiranje z ohranjanjem sredstev.

Perspektiva je tudi poseben zakon o duševnem zdravju, ki bi lahko povezal področje ter izboljšal državljansko kot tudi socialno varnost uporabnikov psihosocialnih služb.

Kar se tiče znanja, je začetek študija duševnega zdravja v skupnosti - usposabljanja za psihosocialno delo na Visoki šoli za socialno delo pod okriljem evropske skupnosti (Tempusa) obet za dvig kvalitete in širjenja znanja na tem področju. Reduktivizmu (medicinskemu, psihološkemu ali sociološkemu) se je moč izogniti z antropologizacijo področja ter z normalizacijskimi pristopi, ki naj bi po eni strani omogočali stigmatiziranim in segregiranim dostop do dobrin (v širokem pomenu besede), ki naj bi bile dostopne članom družbe, ter kritičnemu presojanju normalnega človeškega življenja v tej civilizaciji.

