

## VRZELI MED MEDICINO IN SOCIALNIM DELOM: PRIMER »DVOJNIH DIAGNOZ«

**Povzetek:** Članek prikazuje diskurzivne vrzeli med medicino in socialnim delom ter prinaša za socialno delo bolj uporabne poglede na vsakdanje potrebe ljudi, ki so v medicini oz. v psihiatriji prepoznani kot ljudje, ki imajo »dvojne diagnoze«. Z njim hočemo opozoriti na pomen in vlogo socialnih služb pri obravnavi uporabnikov, ki imajo »kompleksne« potrebe. Če hočemo razumeti, kakšne so naloge socialnega dela na področju »dvojnih diagnoz«, moramo prevetriti vlogo socialnega dela v zdravstvu in reflektirati razmerja med zdravstvom in socialo. Službe, ki delujejo na področju socialnega dela, se lahko izognejo etiketiranju uporabnikov. Osredotočajo se lahko na tiste točke v vsakdanjem življenju, ki ljudem predstavljajo stisko, ne glede na to, kakšno oznako so jim pripisale druge službe ali v kakšno skupino so jih druge službe razvrstile (duševni bolnik, invalid, odvisnik, alkoholik, starostnik, žrtev nasilja ...).

**Ključne besede:** socialno delo, vloga socialnega dela medicina, psihiatrija, »dvojna diagnoza«, duševna bolezen, uporabnik.

### Uvod

Besedna zveza »dvojna diagnoza« se tako v medicinskem/psihiatričnem kakor tudi v socialnodelovnem diskurzu uporablja kot samoumeven pojem. Z njim se v grobem označuje ljudi, pri katerih je vsaj ena od podeljenih diagnoz psihiatrična. Socialni delavci, ki delajo na področju duševnega zdravja, se zato s tem pojmom pogosto srečujejo. Uporabljajo ga tako službe kot uporabniki. Zagotovo področje duševnega zdravja najbolj obvladuje medicina, ki človeka dojema predvsem kot fizično bitje, oz. psihiatrija, ki človeka dojema na podlagi (ne)delovanja njegovih možganov.<sup>1</sup> Pri tem pa se pozab-

\* Dr. Ines Kvaternik, asistentka raziskovalka na Fakulteti za socialno delo, Univerza v Ljubljani.

\*\* Dr. Vera Grebenc, asistentka raziskovalka na Fakulteti za socialno delo, Univerza v Ljubljani.

<sup>1</sup> Od 19. stoletja dalje, ko se je razvil pojem medicinskega standarda (izum klinike in bolnice, klasifikacija novih bolezni, opravljanje natančnejših raziskav), je medicina pravzaprav zadolžena za določanje norm in odklonov od norm, pa tudi za to, da poskrbi, da se bolnike vrne v »normalni« položaj (Foucault,

lja, da je človek tudi socialno bitje, da ni samo produkt, temveč tudi akter v okolju, da v vsakdanjem življenju vstopa v različne odnose z drugimi/različnimi posamezniki in da pri tem opravlja različne družbene vloge. Kljub temu medicinski diskurz o zdravju, boleznih in telesu prevladuje tako v javnosti kot v zasebnosti.

Pojem »dvojna diagnoza« ponuja vtis, da pri človeku prevladujejo zdravstvene težave. Od omenjenega pojma zato ne moramo pričakovati več, kot nam pove, in sicer: da gre pri posamezniku za najmanj dve diagnozi. Menimo, da ta pojem za socialno delo ni uporaben. Socialni delavci potrebujejo pojme, ki jih bodo bolj približali k njihovim nalogam. Potrebe ljudi, ki jim je bila nalepljena »dvojna diagnoza«, je v socialnem delu nujno razumeti onkraj izključno reducirajočega poimenovanja, ki ga vsiljuje pojem diagnoza.<sup>2</sup> Diagnoza posameznike trajno zaznamuje in jim na ta način onemogoči vrnitev v stanje pred boleznijo. V vsakdanjem življenju postanejo diagnoze leče, skozi katere gledamo na vedenje drugih ljudi, ne pa orodja, s katerim bi takšno vedenje lahko razumeli. Te nalepke stigmatizirajo, saj pozornost drugih usmerijo na primanjkljaj in odklon in ne na kompetence in moč (Rosenhan, 1975). Ko je posameznik enkrat označen z »dvojno diagnozo«, se te nalepke težko znebi. Okolje takšne ljudi sprejema za nevarne, drugačne, nerazumljive. Značilno za to skupino uporabnikov storitev socialnega in zdravstvenega varstva je, da jih zaradi različnih težav obravnavajo različni strokovnjaki (večinoma prej neusklajeno), pogosto postanejo dolgotrajni uporabniki različnih služb (pojav vrtljivih vrat) in imajo veliko težav v vsakdanjem življenju (od revščine, socialne izključenosti do brezdomstva).<sup>3</sup>

Zdravje je dandanes nedvomno vrednota za vse kategorije prebivalstva. Še več, medicino ter oznaki »zdravje« in »bolezen« jemljemo za vedno bolj

---

1975). Kot pravi Uletova (2003: 237), so se tehnike normalnosti prikazovale kot neutralne in nepristranske, omogočale so kategoriziranje deviantnih subjektov s pomočjo medicinskih in psihiatrijskih metod ter opravičevale določene oblike discipliniranja subjektov, ki so težile k izločanju odklonskosti. Bolezni so postale pomembnejše od bolnikov. Medicina je s tem postala glavna institucija družbenega nadzorovanja in s tem odrinila tradicionalne institucije družbenega nadzorovanja, kot sta religija in pravo.

<sup>2</sup> V literaturi zasledimo uporabo termina »dvojna diagnoza«, ko gre za ljudi, ki imajo dve, včasih tudi tri ali več diagnoz. Običajno govorimo o »dvojnih diagnozah«, ko gre za kombinacije zdravstvenih težav, kot je na primer hkraten obstoj neke fizične in psihične bolezni ali pa različnih psihičnih težav in zasvojenosti. Poleg omenjenega termina se za opis omenjenih težav v zadnjem času uporablja tudi pojem »komorbidnost«, v bolj družboslovnih virih pa naletimo tudi na izraze, kot je »ljudje s kombiniranimi potrebami«.

<sup>3</sup> Rezultati evropskega raziskovalnega projekta z naslovom Integrirane službe za podporo ljudem z »dvojno diagnozo« in za optimalno okrevanje od zasvojenosti (ISADORA, 2006) razkrivajo težave, ki jih imajo ljudje z »dvojnimi diagnozami« v Evropi. Iz sklepov omenjene raziskave je mogoče razbrati, da slabe prognoze pri reševanju problema »dvojnih diagnoz« ne gre pripisovati posebnim karakteristikam te skupine uporabnikov, saj je največkrat povezana z nedoslednimi strokovnimi intervencijami in družbenimi ovirami. Raziskava je identificirala vrzeli v komunikaciji in šibko povezovanje med akterji podpore, nesoglasja glede definicije »dvojnih diagnoz« in glede strategij obravnave, vzvišen odnos osebja do uporabnikov in pomanjkanje izobraževanja in usposabljanja na tem področju.

pomenljive dele človekovega obstoja (Ule, 2003: 237). Vendar pa zdravstvenih težav ljudi ne moremo gledati zunaj družbenokulturnega konteksta in področij vsakdanjega življenja, kot so: stanovanje, dohodek, zaposlitev, družbena izoliranost, osamljenost. Če hočemo razumeti, kakšne so naloge socialnega dela na področju »dvojnih diagnoz«, moramo prevetriti vlogo socialnega dela v zdravstvu in reflektirati razmerja med zdravstvom in socialo. Zanima nas, ali (kako) lahko socialno delo kot družboslovna veda<sup>4</sup> prepreči ali vsaj ublaži posledice tako »uničujoče« osebne zgodovine ljudi, kot jim jo napoveduje podeljena diagnoza/-e. V prispevku poskušamo opozoriti na vlogo socialnega dela pri delu z ljudmi, ki imajo raznovrstne potrebe na področju duševnega zdravja.

### **Pomen psihiatričnih diagnoz pri socialnem delu – poskus prevoda medicinskih terminov v socialne**

Strokovnjaki na področju duševnega zdravja, zasvojenosti in psihiatrije s terminom »dvojna diagnoza« pogosto opisujejo soobstoj duševne motnje in zasvojenosti z alkoholom ali drogo. Tudi Svetovna zdravstvena organizacija je leta 1995 to motnjo opredelila kot sopojavnost motnje zaradi uživanja psihoaktivne snovi in druge psihiatrične motnje pri istem posamezniku. Phillips in Labrow se strinjata, da izraz opisuje sočasen obstoj več kot ene medicinske diagnoze. Pogosteje se uporablja za označevanje težav v duševnem zdravju in problematične uporabe drog ali za težave v duševnem zdravju ter učne težave.<sup>5</sup> Nedavno se je za opis omenjenih težav začel uporabljati termin »kombinirane potrebe«, ki naj bi vključeval tudi socialne potrebe ljudi, ki imajo »dvojne diagnoze« (Greison, 2006).

Z etiološkega vidika je res vprašljivo, kaj se pri človeku razvije prej: zasvojenost od določene substance ali duševna motnja. Pri teh ljudeh naj bi simptomi duševne motnje in težave zaradi zasvojenosti medsebojno delovali in vplivali drug na drugega. Ljudje, pri katerih sta sočasno navzoči zasvojenost in duševna motnja, trpijo zaradi dveh vrst težav. Te težave so si v nekaterih pogledih podobne. Z medicinskega vidika sta obe »motnji«, tako zasvojenost kot huda duševna motnja, motnji v delovanju možganov, ki vplivata na mišljenje, čustvovanje in vedenje. Motnji se ponavljata, vendar to ne pomeni, da sta trajni. Službe na področju duševnega zdravja se vse preveč ukvarjajo z

<sup>4</sup> *Prispevek je rezultat dela v okviru podoktorskega raziskovalnega projekta z naslovom Kvaliteta življenja v primežu zasvojenosti in politike in se osredotoča na vlogo socialnega dela kot tiste družboslovne discipline, ki ne samo definirata koncepte, modele in pojave, ampak te definicije tudi uporablja pri konkretnem delu z ljudmi. Pričujoči članek je poskus odziva na potrebe socialnih delavcev, ki delujejo na področju duševnega zdravja in uporabnikov njihovih storitev ter se v vsakdanjem življenju srečujejo s prevlado medicinskega diskurza nad njihovim področjem dela.*

<sup>5</sup> *V kategorijo ljudi, ki imajo »dvojne diagnoze«, torej sodobna psihiatrija ne umešča samo brezdomcev, ki uživajo alkohol in droge, temveč tudi mladostnike, ki so zapustili šolski sistem.*

vprašanjem: »Kaj je bilo prej: ali zasvojenost ali duševna bolezen ali obratno?« V redkih primerih bi morda to lahko ugotovili, toda v večini primerov je to nemogoče. Iskanje odgovora na to vprašanje nas lahko pripelje v slepo ulico, ko se – namesto da bi se ukvarjali z uporabnikovimi potrebami – ukvarjamo z vprašanjem, katera služba je bolj primerna, da bi se ukvarjala s takšnim uporabnikom. Na žalost pa takšna prizadevanja spodbudijo proces, v katerem uporabnika odložimo na stranski tir – nekam vmes med službe, ki so namenjene zdravljenju zasvojenosti, in službe, ki so namenjene zdravljenju duševnih bolezni. Na tak način nobena od služb ne prevzame odgovornosti za zdravje posameznika in vloge koordinatorja storitev. V nekaterih primerih je takšno zanemarjanje uporabnikov povezano s finančnimi sredstvi ali preprosto z naključjem, v katero službo je uporabnik najprej vstopil. V drugih primerih pa se zgodi, da nekatere službe odklanjajo ljudi, ki imajo »dvojne diagnoze«, saj so zanje prezahtevni; tako na primer služba, ki deluje na področju duševnega zdravja, ne sprejme ljudi, ki so zasvojeni z drogami ali alkoholom (prim. Hawkins in Gilbert, 2004: 23–24).

Zgodovinsko gledano zasledimo pojav termina »dvojna diagnoza« v ZDA v 70. in 80. letih 20. stoletja, v letih po začetku deinstitucionalizacije.<sup>6</sup> V tem obdobju je povsod po svetu začela naraščati množična uporaba prepovedanih drog, kar je privedlo do večjega števila ljudi, ki so pristali na ulici. Menimo, da je medicina ta izraz izumila v tistem trenutku, ko ni zmogla »ozdraviti« ljudi, ki so problematično uživali alkohol ali droge, ki so imeli duševne težave in jih po odpustu iz zaprtih ustanov družine niso hotele ali niso mogle sprejeti. Lahko rečemo, da je šlo za poimenovanje določenega življenjskega sloga, ki je za takratne družbene elite moči predstavljal socialni problem, z medicinskimi termini. Na tak način so se začeli medikalizirati družbeni pojavi oz. problemi, kar je omogočalo vdor medicinskega diskurza na polje družbenega/socialnega.<sup>7</sup> Deinstitucionalizacijo je pravzaprav spodbudil razvoj psihofarmakov v medicini. Odkritje »psihiatričnih« zdravil, ki pomirjajo anksioznost, depresijo in omogočajo nadzorovanje psihoz, je vodilo k spremembam pri obravnavi duševnih bolezni in vplivalo na zmanjševanje institucionalnega zapiranja ljudi. Tako so se sicer prostori psihiatričnih bolnišnic praznili, obenem pa se je vpliv medicine širil v skupnost. Hkrati so se tudi psihiatrične službe ločile od služb za zdravljenje zasvojenosti od prepovedanih drog (Rilignano, 2004) V medicini se je takrat uveljavilo stališče, da bi posameznike, ki so problematično uživali prepovedane droge,

<sup>6</sup> Podatki kažejo, da je bilo leta 1955 v ZDA 550.000 postelj v psihiatričnih bolnišnicah, leta 1982 pa le še 140.000, da sta se dva od treh bolnikov vrnila v svojo družino in eden od treh bolnikov je bil integriran v lokalno skupnost, kljub temu jih je mnogo končalo na ulici (Greison, 2006).

<sup>7</sup> Conrad (1981: 119) poudarja, da »medicinske definicije odklonov premaknejo odgovornost za vedenje stran od posameznika«. S tem ko se takim ljudem pripiše, da zaradi svoje bolezni niso odgovorni za svoja dejanja, se jim tudi odvzame moč, na tak način pa se pridobi legitimnost za vse zunanje oblike nadzorovanja (zdravila, hospitalizacija, spremljanje ...).

»zdravili« ločeno od posameznikov, ki imajo »psihiatrične« težave. Ljudje, ki imajo težave v duševnem zdravju, so prepoznani kot bolniki. Status bolnika jim odvzame odgovornost in hkrati vzpostavlja odvisnost takšnega posameznika od zdravstvenih služb. V primeru zasvojenosti pa je prevladujoče stališče, da bi uživalec drog moral prevzeti odgovornost za uporabo drog ter odgovornost za posledice, ki jih ta uporaba prinese. Ambivalentnost samega pojma v vsakdanjem življenju povzroči, da se uporabnik znajde nekje vmes med diagnozama (dejansko to pomeni med različnimi službami) in prejema nasprotujoča si sporočila.<sup>8</sup> V obeh primerih pa gre za osebe, ki sicer na različen način manifestirajo neugodje v življenju, vendar dobijo skupen instrument – uporabo »zunanjega« predmeta (droge ali psihiatričnega zdravila), s katerim poskušajo to neugodje obvladovati.

Pri prevajanju medicinskega diskurza v socialni se moramo nujno zaustaviti pri pojmi, kot sta duševno zdravje (razumskost) in duševna bolezen (norost). Če parafraziramo Basaglia (1981), je norost »naravno« človekovo stanje. V človeku norost obstaja in je navzoča, tako kot je navzoč razum. Meja med razumskostjo in norostjo je družbeno in kulturno definirana. V diferencirani družbi se je vpliv medicine razširil s posameznika na družbo. Če parafraziramo Južniča, gre za prenos pojma bolezn iz sfere individualne telesnosti v sfero kolektivtete, kar je dodatni dokaz, da se telo poimenuje kot družbeni konstrukt (1998: 318–355). Družba je skušala poskrbeti za splošno zdravje ljudi. Za to je zelo potrebovala medicino, kateri je prepuščala skrb za zdravje in higieno. Če povzamemo Foucaulta, se je do konca 18. stoletja medicinska praksa bolj ozirala k »zdravju« kot k »normalnosti«, to pomeni, da je bolj upoštevala življenjski slog bolnika, ne pa toliko, kolikor je ali ni spoštoval določene norme (Foucault, 1975). Tudi Glasser je prepričan, da kemične spremembe v človekovemu organizmu z duševnimi težavami niso vzrok njegovega nenavadnega vedenja, ampak so posledica načina življenja (2003: 235).

Danes pa se za opis vsakdanjega življenja večinoma uporablja medicinski diskurz in je večina socialnih politik podkrepljena v prvi vrsti s skrbjo za javno zdravje prebivalstva. White (1988: 20): »Norost je politično-biološki upor proti represivni normalnosti, strahu in soglasnosti, v katerem se ljudje bojijo misliti in vesti drugače.« Seveda je to drugačno definirano kot odklon od družbeno-kulturno določenih standardov. Gledano skozi družboslovno perspektivo (zlasti antropološko in sociološko) pa postane vprašanje duševnega zdravja vprašanje razkola med vzorcem obnašanja, ki je določeni osebi blizu, in družbeno veljavnim kulturnim vzorcem (Zaviršek, 1995: 111). Szasz

<sup>8</sup> Etnografsko raziskovanje vsakdanjega življenja uporabnikov različnih socialnovarstvenih storitev je pokazalo, da se posamezniki raje identificirajo prek vloge džankija kot norca, vendar smo na terenu zasledili trditve, da v vsakdanjem življenju ljudje, zlasti svojci uporabnikov drog, raje verjamejo, da imajo njihovi otroci težave v duševnem zdravju, učne težave, so hiperaktivni, imajo posebne potrebe, in so zato začeli uporabljati droge, kakor obratno.

trdi, da je duševna bolezen mit:<sup>9</sup> »*Pojem duševna bolezen služi predvsem zato, da prikrije dejstvo, da je življenje za večino ljudi predvsem boj za obstanek, ne toliko v smislu biološkega preživetja kot v smislu zagotavljanja lastnega 'mesta pod soncem'*« (Szasz, 1960: 118). Szasz s tem argumentom pokaže na eno bistvenih značilnostih govora o duševni bolezni, ki je povezana z označevanjem tistih, ki s svojim vedenjem na kakršen koli način kršijo uveljavljene družbene norme kot duševno bolni (Ule, 2003: 18).

Kot pravi Flaker, so besede, ki jih je izumila psihiatrija za prakso duševnega zdravja v skupnosti, neuporabne in imajo dve osnovni značilnosti: poiменуjejo in izločajo.<sup>10</sup> »Poimenovanje neke določene bolezni ali bolezni nasploh namreč spremeni neko osebo v predmet psihiatrične obravnave, neko kaotično situacijo, z izključevanjem grešnega kozla, pa v urejeno« (Flaker, 1997: 3). V psihiatriji imajo besede magično moč spreminjanja stvarnosti. Posameznika spremenijo v predmet psihiatrične obravnave, potem ga postavijo v družbeni vlogi bolnika. Tej vlogi je težko uiti.

### **Kako zaznavajo problem »dvojnih diagnoz« strokovnjaki, ki delajo na področju socialnega varstva**

Strokovnjaki, ki delujejo na področju duševnega zdravja, že nekaj let opozarjajo, da se srečujejo z uporabniki, ki imajo poleg težav, ki so povezane z duševnim zdravjem, tudi vrsto drugih težav: od zasvojenosti, motenj hranjenja, invalidnosti do brezdomstva, brezposelnosti ...<sup>11</sup> Ugotavljajo, da ljudje, ki so bili obravnavani zaradi duševne bolezni na psihiatriji, kažejo tudi težave, ki niso izključno vezane na medicinsko diagnozo.

<sup>9</sup> Če parafraziramo Szasza, vzdrževanje mita o duševni bolezni omogoča ljudem, da se izognejo soočanja s tem problemom. Mit vzdržujemo z verovanjem, da je duševno zdravje odsotnost duševne bolezni in da duševno zdravje zagotavlja prave in varne odločitve v življenju – kdor je duševno zdrav, zna prav izbrati. Dejansko pa je ravno obratno. Prav izbira dobre odločitve v življenju vodi k temu, kar drugi definirajo kot duševno zdravje. Mit o duševni bolezni nas spodbuja, da verjamemo v logično povezavo: skupno življenje v družbi bo harmonično, zadovoljujoče in kot varen temelj za »dobro življenje«, če nanj ne bo vplivala duševna bolezen ali »psihopatologija« (prim. Szasz, 1960).

<sup>10</sup> Taktike prevajanja psihiatričnih poimenovanj po Flakerju so: polemičnost (odprava izrazov, ki utemeljujejo prakso izključevanja); opisnost konkretnega (opisovanje s sredstvi vsakdanjega jezika); difuznost vsakdanjih izrazov (usmerjena pozornost na kontekstualno uporabo strokovnih terminov); diagramičnost razmerij (pojmi naj bi govorili o razmerjih in odnosih); programskost novih besed (izmišljanje novih besed, ki naj bi zakoličile nove odnose in procese na področju duševnega zdravja ali pa na novo opredelile že znane pojave in odnose); večznačnost arhaizmov in pogovornih izrazov (uporaba predpsihiatričnih izrazov ali pa izrazov iz ljudskega in pogovornega jezika) (Flaker, 1997: 4).

<sup>11</sup> Fakulteta za socialno delo je oktobra 2006 organizirala izobraževanje z naslovom »Živeti z dvojno diagnozo«, na katerem je o konceptualnih dilemah glede dvojnih diagnoz in vsakdanjih težavah ljudi, ki naj bi imeli te diagnoze, spregovoril Tim Greacen. Izobraževanja se je udeležilo 43 strokovnjakov iz različnih institucij (Fakultete za socialno delo, centrov za socialno delo, nevladnih organizacij s področja zasvojenosti, nevladnih organizacij s področja duševnega zdravja, Psihiatrične klinike Ljubljana, nevladnih organizacij, ki delujejo na področju brezdomstva).

Ne glede na to da se v teh službah zavedajo, da težave te skupine uporabnikov niso izključno povezane z boleznijo, so nekateri strokovnjaki avtomatično povzeli medicinsko terminologijo in poimenujejo te uporabnike kot osebe, ki imajo »dvojne diagnoze«. V podtonu rabe tega pojma je: »gre za najtežjo ciljno skupino« in »ne moremo zagotoviti ugodnih razpletov«. Obstaja pa tudi skupina strokovnjakov, ki se skušajo temu pojmu izogibati in uporabljajo izraze, kot so: »ljudje s kombiniranimi potrebami, bolj zahtevni uporabniki, ljudje s kompleksnimi težavami, ljudje, ki potrebujejo medinstitucionalno obravnavo, ljudje, ki potrebujejo interdisciplinarni pristop itd.«. Ti opisi so sicer kategorično različni (od usmerjenih na uporabnika do tistih, ki so usmerjeni v postopke dela), podobni pa so si pri izpostavljanju presežnikov: obsežnost, kompleksnost, zahtevnost, raznovrstnost. Z vsem tem se razlikujejo od vseh ostalih običajnih uporabnikov njihovih služb.

Tipičen opis osebe, ki naj bi imela »dvojno diagnozo« glede na izkušnje udeležencev izobraževanje, je: »Mlad moški, shujšan, bled, zanemarjen, uživa heroin, ki ga kombinira s pitjem alkohola. Navadno jemlje zdravila, pogosto v bolnišnici, večkrat sam zapusti zdravljenje, pogosto na cesti, redni stiki z zdravniki, noče si urediti socialnih zadev, zavarovanja.« Iz tega zapisa je tudi razvidno, da si strokovnjaki – kot stereotip uporabnika z »dvojno diagnozo« – predstavljajo mladega moškega, ki ima poleg psihiatričnih težav tudi težave zaradi uživanja alkohola ali drog in še vrsto drugih nezdravstvenih težav. V teh opisih nam tudi pripovedujejo, da so težave teh ljudi raznovrstne, odvijajo se na različnih ravneh in se izražajo z različnimi intenzitetami: zdravje, zasvojenost, neurejeno zdravstveno zavarovanje, brez stanovanja, socialna izoliranost, revščina, neurejene družinske razmere, pomanjkanje odgovornosti. To nam govori o tem, da strokovnjaki dobro poznajo specifične situacije in specifične potrebe uporabnikov, pa se kljub temu počutijo nemočne, nekompetentne za delo z njimi. Občutek imajo, da za uporabnike veliko naredijo, ti pa njihove pomoči ne sprejmejo. »Moški, 30. let. Že v srednji šoli zloraba drog, kasneje duševna bolezen – tudi prisilna hospitalizacija, nezaposlenost, DSP (prejemnik denarno socialne pomoči), socialna izoliranost, pomanjkanje odgovornosti, neurejene družinske razmere. Ponudili smo mu vključenost v društvo, pa je odklonil. Delamo s svojci, pomagali smo urediti denarno socialno pomoč, ponujamo osebno svetovanje.« Iz tega zapisa je znova razvidno, kako prepletene in raznovrstne so posamezne situacije, ki jih strokovnjaki zaznavajo hkrati kot okoliščine in ovire za reševanje stiske (konfliktne situacije, npr. hospitalizacija proti brezposelnosti ...). Izjava pokaže tudi, da strokovnjaki pogosto načrtujejo delo na podlagi programov, ki jih imajo ali jih poznajo, in ne na podlagi potreb uporabnika. Večinoma je strokovnjakom ta kombinacija predstavljala težaven problem takrat, ko se je inštitucija, ki takšnega uporabnika obravnava, dekla-

rirala samo kot inštitucija, ki ponuja pomoč izključno na področju duševnega zdravja ali na področju zasvojenosti. Medtem pa je nevladna organizacija, ki deluje na področju brezdomstva, presešla to delitev, saj uporabnikom pomaga pri reševanju eksistencialnih stisk (s hrano, obleko) in urejanju vsakdanjega življenja – pomagajo jim preživeti dan, pa tudi bolje živeti. *»Uporabnikov ne vidimo kot pacientov, zato je za nas težko razmišljati o diagnozah. Vendar pa so njihove težave oz. potrebe lahko zelo kompleksne.«*

Glavni problem strokovnjakov, ki se srečujejo s posamezniki, ki imajo tako raznovrstne težave, je, da pravzaprav ne vedo, kako naj z njimi delajo oz. kam naj jih usmerijo. Izhode vidijo v vzpostavljanju specializiranih programov s timom strokovnjakov, ki naj bi bil interdisciplinaren, visoko strokoven in bi po možnosti imel *»recept«* za težavne primere. Pri svojem delu se ne počutijo uspešne. Uporabnike pogosto zaznavajo kot osebe, ki se *»upirajo«*, *»ne sprejmejo ponujene pomoči«*, saj ne sledijo navodilom/scenarijem, ki jih zanj pripravljajo službe. Včasih krivdo za neuspeh pomoči pripisujejo uporabniku, *»tak, kot je, ne nadzoruje svojega življenja«*, včasih pa razloge najdejo v *»slabi mreži služb, v slabem sodelovanju med strokovnjaki, v pomanjkanju protokolov za sodelovanje med različnimi službami, v pomanjkanju lastnega znanja ...«*

Problem strokovnjakov je tudi v občutku nekompetentnosti za reševanje teh primerov – *»zaradi pomanjkanja medicinskega in/ali terapevtskega znanja ne ponujamo programov o mentalnih boleznih«*. Pri tem gre za namišljeno oviro oz. izgovor, saj službe, ki delujejo na področju socialnega varstva, pravzaprav niso pooblašene za zdravljenje, v svoje time pa seveda lahko vključijo zdravstvene strokovnjake. Zamisel o multidisciplinarnih timih pa je tako ali tako že stara in večkrat prej uporabljena kot izgovor za nedelovanje kot pa za resnično angažiranost. Glavna ovira pri oblikovanju storitev pomoči je v tem, da v teh načrtih in zamislih nikjer ne razberemo vloge uporabnikov (niso predvideni niti kot člani timov niti kot informanti). Kar je logično, saj so, kot smo videli, uporabniki *»bolniki, ki ne nadzorujejo svojega življenja, nočejo urediti socialnih zadev, so nesocialni, primanjkuje jim odgovornosti, so v depresiji ...«*. To so tudi razlogi, da se uporabnikov kot akterjev, ne vidi, ne sliši in ne upošteva.

## Socialno delo na področju *»dvojnih diagnoz«*

V zgodovini in razvoju socialnega dela kot stroke lahko vidimo, da so se specifična načela socialnega dela v določenih družbenih pogojih spreminjala, kar se je zrcalilo v temeljnem znanju socialnega dela (paradigmah) ter v teorijah in metodah. Podobno kot opazujemo pri drugih aplikativnih strokah (medicina) se tudi socialno delo ves čas spreminja glede na refleksijo praktičnega znanja oz. dognanja.<sup>12</sup> Težko rečemo, da je dandanes v social-



nem delu na področju duševnega zdravja ključen določen model ali koncept. Prej lahko trdimo, da so v določenem družbeno-kulturnem kontekstu vzniknile, se oblikovale različne šole in perspektive socialnega dela, ki danes soobstajajo kot bolj ali manj popularne, kot bolj ali manj uporabne in bolj ali manj kritizirane. Težko bi tudi rekli, da v socialnem delu obstaja enotnost glede konceptov dela.

Socialnega dela ne moremo utemeljevati na klasičnem pojmovanju znanosti<sup>13</sup>, kjer so metode dela podrejene teoriji. V drugih strokah, ki se tudi ukvarjajo s človekom, je redukcija človeškega bivanja na posamezno dimenzijo, legitimen postopek, v socialnem delu je treba hkrati ravnati na različnih registrih in hkrati upoštevati nepredvidljivo (Flaker, 2003). Ena od najpomembnejših razlik med socialnim delom in medicino, med socialnim delom in pravom, med socialnim delom in pedagogiko je, da mora biti v socialnem delu intervencija »odprta« za pogajanja z uporabniki – socialno delo ne išče vzrokov za nastalo situacijo, ampak išče poti iz te situacije.

Prav na primeru »dvojnih diagnoz« lahko opazujemo, kako se kaže konceptualna razlika med strokami. Medtem ko medicina (psihijatrija) diagnosticira kompleksne situacije ljudi, ki pridejo k njej po pomoč in glede na to diagnozo postavi odgovore (recept, navodila za ravnanje), se socialno delo z isto situacijo spopada na način, ki upošteva nepredvidljivost (želje posameznika, odzive okolja, razpoložljive vire v skupnosti). V socialnem delu je rezultat dela odvisen od uspeha pri »pogajanjih« z vsemi akterji. V socialnem delu je nujno – prej kot slepo slediti nekim metodam – znati le-te ustvarjalno uporabljati, da bomo dosegli cilj, ki ga bomo postavili skupaj z uporabnikom. To hkrati predpostavlja, da je treba dobro obvladati vrsto različnih postopkov,

<sup>12</sup> Vida Milošević Arnold in Milko Postrak (2003) zapišeta, da bi z analizo zgodovine socialnega dela lahko nedvomno ugotovili, da danes v praksi vzporedno, vsaj implicitno, soobstajajo vsi najpomembnejši dosedanja modeli socialnega dela. Avtorja jih razdelita na pet najopaznejših, začenši s tradicionalnim (klinični, terapevtski) modelom, katerega cilj je pomoč posamezniku pri prilagajanju na obstoječe družbene razmere, sledi reformistični model, ki na podlagi ideologije socialne demokracije zasleduje cilj socialne pravičnosti na podlagi socialne reforme, radikalni model, ki se je pojavil v 60. letih prejšnjega stoletja, katerega cilj je sprememba družbe in njenih institucij; iz tega modela vzniknejo različne usmeritve v socialnem delu: feministična in nediskriminacijska, model časovno sovpade s prvimi gibanji za deinstitucionalizacijo. Avtorja omenjata tudi sistemsko-ekološki (holistični) model, katerega namen je bil že izrazito diferencirane in razcepljene znanosti znova povezati v skrbi za posameznika in skupnost. Cilj tega modela je spodbujanje učinkovitih povezav in interakcij. Zgodovinsko najmlajši je socialno-konstruktivistični model, katerega cilj je učinkovito partnerstvo z uporabnikom ob upoštevanju njegove/njene specifične realnosti, model sloni na konvergenca teorij, konceptov in raziskav z različnih področij znanosti (lingvistike, sociologije, antropologije, kognitivne in razvojne psihologije, etnologije, filozofije, biologije, nevrobiologije, epistemologije in drugih).

<sup>13</sup> Pri čemer, kot opozarja Steinert (2005: 482), so ravno »trde« znanosti tiste, ki danes nosijo v sebi rasizem. Dominantni predpostavki, da so sposobnosti ljudi merljive, in predpostavka o vzročnosti v socialnih razmerjih, torej prvi biološki in drugi meritokratski, sta dva glavna argumenta za vzdrževanje pozicij prevlade in superiornosti (zahodnega, belega človeka). Kot pravi avtor, nam rasizem ne govori o inferiornosti »drugačnih«, ampak o superiornosti »rasista«.

ki se bodo v konkretnih situacijah izkazali kot smiselni (načelo pragmatizma).<sup>14</sup>

Ob takšni filozofiji stroke je razumljivo, da se druge, bolj »statične« stroke težko »vpnejo« v logiko socialnega dela. Sodelovanje s socialnim delom tako raje vidijo kot ločeno področje (*»to so vaši uporabniki, mi se ne bomo vmešavali«*); če pa se že odločijo za sodelovanje, se to zgodi, ko se politika in filozofija strok ujemata (npr. v abstinenco usmerjeni programi) ali ko socialno delo podredijo ciljem lastne stroke (npr. socialni delavec naj poskrbi za odpust iz bolnišnice, za stike s svojci, za urejanje sobivanja v bolnišnici z drugimi bolniki ali kot pomočnik pri vodenju terapije). Tako kot obstaja razlika med medicinskim in socialnim diskurzom na področju duševnega zdravja, obstaja tudi razlika med strokovnimi in uporabniškimi diskurzi. Z medicinskim jezikom<sup>15</sup> zožimo težave, ki jih imajo ljudje v vsakdanjem življenju, na izključno fizične (npr. posledice nepravilnega delovanja organov).<sup>16</sup> *»Potem*

<sup>14</sup> Pri čemer lahko, če povzamemo Albrechta (2005: 272), ločimo dva pragmatizma: »Zgodnji pragmatizem je privlačila zamisel o zanesljivosti/nedvoumnosti ideje, ki se kaže v njeni izkustveni/praktični uporabnosti. To pomeni, da bomo v znanosti kot teorijo postavili le tisto kar lahko dokažemo in preverimo v praksi. Resnica se nahaja v dejstvih.« Kot primera takšnega pragmatizma lahko navedemo uporabo zdravljenja za nadzorovanje simptomov duševne bolezni ali uporabo metadona za vzdrževanje zasvojenosti; ti dve pragmatični rešitvi se v praksi izkažeta kot delujoči. Druga vrsta pragmatizma (Albrecht, 2005: 272) govori o »praktičnih posledicah verovanja v določen koncept ali socialni program. Pragmatična metoda je v tem primeru tista, ki poskuša pojasnjevati realnost s praktično uporabnostjo. Primer takšnega pragmatizma so »verska prepričanja«, ki jih ne moremo niti dokazati niti ovreči, vendar se ljudje po njih ravnaajo v povsem vsakdanjih, tudi strateških odločitvah in imajo za verujoče ljudi povsem praktično in uporabno vrednost. Hlerati nas avtor opozori, da so vse resnice družbeno konstruirane«. To trditev lahko apliciramo na pomen vlog, ki jih dobijo ljudje v karieri uporabnika storitev. Te vloge imajo s svojimi zakoreninjenimi pomeni in pozicijami v družbi tudi povsem pragmatičen, uporaben naboj. Posameznik, ko sprejme vlogo bolnika ali odvisnika, natančno ve, kako pristopati k strokovnjaku, ki izreka to vlogo.

<sup>15</sup> Jezik je glavno orodje ustvarjanja in ohranjanja neke kulture. Je mehanizem, ki omogoča ustvarjanje, poimenovanje, oblikovanje in preoblikovanje idej. Kulturni hegemonizem ne prenese »dvojezičnosti«, ker ga le-ta z obstojem drugega jezika (ki ga hegemon kultura ne razume) ogroža (Harris, 1991, v Thompson, 2001: 152). Če potegnemo analogijo s kulturami, ki jih oblikujejo posamezne stroke, se to kaže tudi v diskurzivnih praksah teh strok. Strokovni žargoni, ki jih razvijemo strokovnjaki, so tako »branik« statusa stroke, dokazujejo našo pripadnost, onemogočajo drugim strokovnjakom, da bi vstopili na naše »področje«, in v zaščito stroke ne dovoljuje rabe svoje terminologije v drugih okoljih. Ta »prepoved« jezika pa ne velja za uporabnike storitev, za laike. Le-te stroka uporabi za kolonizacijo družbenega sveta s svojim diskurzom. To se lahko zgodi prek ponudbe za poimenovanja osebne izkušnje, še posebej takrat, kadar laiki nimajo lastnega jezika za ta poimenovanja (npr. v primeru spolnih zlorab otrok, nasilja ...), stroka ponudi interpretacijo in si tako zagotovi monopol nad poimenovanjem vsakdanjih izkušenj. Na tak način ne gre za »ozaveščanje« zatiranih skupin ali posameznikov v freirovskem smislu, ampak gre za kolonizacijo življenjskega sveta, za vzpostavljanje novih odnosov hegemonije, odvisnosti od »strokovne« vednosti.

<sup>16</sup> Banton in sodelavci (1985) menijo, da medicinski diskurz ustvarja vrzel med osebno izkušnjo bolečine/trpljenja in med širšim družbenim kontekstom, ki podpira to izkušnjo. In sicer na način, da se raje zdravi posameznika, kot da bi se ukvarjali z družbenimi okoliščinami, ki so podlaga stiski. Z reduciranjem mreže družbenih, moralnih, političnih in ekonomskih dejavnikov, ki povzročajo stisko zaradi patologije, posameznik postane ob zadostnosti bolezenskih simptomov upravičen/primeren za obravnavo. Negativne posledice delovanja struktur/elit moči so opravičene z individualno patologijo posameznikov, kar dejansko pomeni zlorabo moči.

*ko sem bil drugič bil v Polju, sem postal nor,*« je izjava enega od uporabnikov psihiatričnih služb. S tem ko psihiater podeli diagnozo, podeli tudi vlogo in kariero. Kot človek, ki ima »dvojno diagnozo«, se lahko giblješ samo po tej poti, in ta psihiatrična diagnoza je tako lahko usodna, saj »nikoli nisi popolnoma zdrav«. S psihiatrično diagnozo se človeku odvzame svoboda in kreira usoda. Vpliv prevladujočega diskurza se omeji šele takrat, ko se vzpostavijo prostori (uporabniška gibanja, subkulture marginaliziranih družbenih skupin), kjer se lahko oblikuje »alternativen« jezik. Uporabniki lahko z refleksijo svoje lastne izkušnje, ki jo kategorizirajo v »ekspertsko vednost«, ustvarijo povsem samosvoj »jezik«, ki onemogoča, da prevlado enega diskurza nad drugim. Pojavi se več jezikov, ki so si lahko tako različni, zato tisti, ki ima dostop le do enega jezika, ne razume ostalih. V tem smislu so strokovnjaki, ki so omejeni na meje institucionalizirane stroke, v slabšem položaju, saj nimajo vpogleda v jezik, ki so ga razvili uporabniki. »Uporabniki storitev« pa imajo skozi to vlogo dostop do vseh jezikov, in torej do vseh vednosti. Družbeno privilegirane stroke, v našem primeru medicina, vdor v polje svojega diskurza lahko občutijo kot napad na avtonomijo.

V teoriji socialnega dela, ki je med prvimi prepoznalo pomembnost uporabniškega jezika, se kot primerno uporabo terminov za opis težav v duševnem zdravju priporoča uporaba »terminološkega trojčka« (Flaker, 1997: 5), in sicer: duševne stiske (kot subjektivnega, orientacijskega in izhodiščnega pojma); duševne krize (kot transformativnega pojma, ki lahko prepreči negativne zapise) in dolgotrajne psihosocialne stiske (kot nadomestnega pojma). Psihosocialni pristop zato izključuje uporabo pojma »duševna bolezen«. To pa ne pomeni, da zanikamo obstoj stiske, krize, trpljenja (Lamovec, 1998: 16).

Namen našega pisanja ni, da bi zanikali norost ali da bi minimalizirali probleme, ki jih imajo ljudje v vsakdanjem življenju. Gre za to, da prepoznamo stiske ljudi, da ljudem »verjamemo«, da trpijo, da potrebujejo našo pomoč, da ne vidijo izhodov iz svojih težav ... Socialno delo mora razmisliti o intervencijah, ki ne bodo še dodatno pripomogle k oškodovanju ljudi, ki ne bodo stiske poglobljale ali jo postavile v ospredje kot edine točke, na kateri je možen sporazum/srečanje med strokovnjakom in uporabnikom (službe). Te stiske je nujno prepoznati na način, ki bo omogočal ohranjanje dostojanstva ljudi, ki trpijo, in tako strokovnjakom dovoljeval iskanje načrtov za reševanje teh stisk. Tako kot je pomoč na področju težav z duševnim zdravjem organizirana in utemeljena danes, zagotovo prispeva k še večjim stiskam ljudi.

*»Duševna bolezen je v spoznavnoteoretskem smislu zaenkrat le domneva. Ne moremo je niti dokazati niti ovreči. Domneva o bolezni škodi osebam, ki so tako označene. Vodi v življenjsko stigmatizacijo, ki deluje kot samouresničujoča se prerokba«* (Lamovec, 1998). Socialni delavci se moramo

zato vprašati o svojih vlogah, ki jih imamo kot strokovnjaki, pri tem pa moramo upoštevati nedvoumne dokaze o škodljivosti tako institucionalnega kakor tudi površnega skupnostnega dela, ki je utemeljen samo na predpostavki »dvojne diagnoze«. Službe na področju socialnega varstva so le ena od skupin služb, v katere vstopajo ljudje, ki imajo težave z duševnim zdravjem. Pogosto je prej naključje kot resna možnost izbire tista, ki določi, v katero službo bo uporabnik najprej vstopil. Tako je prvi stik odvisen od mreže služb v določenem okolju, od prepoznavnosti teh služb pri uporabnikih, od prestiža, ki se jim ga pripisuje, od politike služb glede ciljnih skupin, od usmeritve v visok ali nizek prag pri sprejemanju uporabnikov, od obratovalnega časa, od dostopnosti v smislu javnega transporta ...<sup>17</sup> Za službe, ki delujejo na področju duševnega zdravja, težko rečemo, da delujejo po podobnih principih in na podobnih konceptualnih izhodiščih. Ljudje, ki imajo kompleksne težave, pogosto v službah, kamor vstopajo po pomoč, ne dobijo tiste obravnave, ki bi jo potrebovali, s čimer se kopičijo negativne izkušnje in nezadovoljstvo v zvezi s službo. Službe pa te ljudi zaznavajo kot težke, zahtevne – kot problematične. Občutek imajo, da za to, da bi jim lahko pomagali, »nimajo ustreznega znanja« ali da takšni uporabniki ne sodijo k njim.<sup>18</sup>

Za socialno delo je informacija o statusu uporabnikov pomembna in relevantna, saj govori o njihovih posebnih izkušnjah in njihovem zaznavanju realnosti, o razpoložljivih virih in ovirah. Toda za socialno delo te informacije ne smejo postati orientacijske, ki bi nas napeljale na vnaprejšnje sklepe o tem, kaj ljudje pričakujejo od nas ali kaj potrebujejo. V socialnem delu moramo razviti in uporabljati tista delovna orodja (metode) in instrumente, ki nam bodo omogočala zbiranje za relevantnih informacij za načrtovanje dela. Zavedati se moramo svojih pristojnosti in poznati svoje naloge in pooblastila, saj se nam le tako ne bo treba več »podrejati« ciljem in nalogam drugih strok (medicine, šole, pravosodja ...) in bomo lahko sledili ciljem socialnega dela (izboljšanje kakovosti življenja uporabnikov, krepitev moči, participacija uporabnikov pri odločanju ...).

<sup>17</sup> Kaplan (2004: 574) ugotavlja, da na zaznavanje razpoložljivih virov obravnave (vtis, da si obravnavo ljudje lahko privoščijo in da imajo pravico do vstopa vanjo) vplivajo strukturni in organizacijski dejavniki, med katerimi so: dejanski viri pomoči v okolju, možnost transporta do služb, ki izvajajo obravnavo, izobraževalni programi, ki zagotavljajo potencialnemu uporabniku seznanjenost z obstojem programov, sistem zdravstvenega in socialnega zavarovanja, uveljavljeni vzorci ter mehanizmi napotitve in usmerjanja na ravni delovanja strokovnih služb.

<sup>18</sup> Kriteriji za iskanje strokovne pomoči (povzeto po Kaplan, 2004): nadležnost (moteč vpliv) simptomov za funkcioniranje skupine, ki ji pripada posameznik; ali oseba zaznava simptome kot resne; vztrajanje drugih članov skupine, da oseba išče pomoč; stališča o bizarnosti simptomov ne glede na njihov moteč vpliv; osebno prepoznavanje (zaznavanje), da simptomi odražajo duševno bolezen; dejanska in zaznana razpoložljivost služb v okolju, vključno z možnostmi vstopa v obravnavo (cena, visok/nizek prag, oddaljenost, stigma ...).

## Sklepni del

Videli smo, da je termin »dvojna diagnoza« sam po sebi ambivalenten in je kot tak družbeno-kulturni konstrukt, zato nam pri delu z ljudmi ni in ne more biti v pomoč. S postavljanjem diagnoz oz. z diagnosticiranjem človekovega vsakdanjega življenja si je medicina, v našem primeru psihiatrija, pridobila moč, prek katere nadzira delovanje vseh drugih strok, ki se dotikajo človekove biološkosti in družbenosti. Ugotavljamo, da medicinski pojem postane problematičen takrat, ko se ga uporablja na drugih poljih: na pravosodnem, šolskem, socialnem, družbenem. Tako zdravje, bolezen, duševno zdravje in »dvojne diagnoze« postanejo predmet političnega diskurza (prim. Zaviršek, 1995). Službe, ki delujejo na področju socialnega dela, se lahko izognejo etiketiranju uporabnikov. Osredotočijo se lahko na tiste točke v vsakdanjem življenju ljudi, ki osebi predstavljajo stisko, ne glede na to, kakšno oznako so jim pripisale druge službe ali v kakšno skupino so jih druge službe razvrstile (duševni bolnik, invalid, odvisnik, alkoholik, starostnik, žrtev nasilja ...). Prevajanje moralnih vprašanj v medicinske (v primeru »dvojnih diagnoz« gre za več pojavov, ki so deležni moraliziranja, poleg duševne bolezni še uživanje alkohola, prepovedanih drog, nezdrav življenjski slog, kot je pretiravanje v hrani, spolni aktivnosti ...) je pravzaprav sporno, zato moramo razvijati službe, ki v svojem bistvu ne bi bile več diskriminacijske.

Socialni delavci za svoje delo ne potrebujejo znanja o diagnozah, ampak potrebujejo znanje/informacijo o tem, kako osebe živijo s to diagnozo (s temi diagnozami), kako na njihovo vsakdanje življenje vplivajo zdravila, ki jih uporabljajo, kaj potrebujejo, ali razpolagajo z informacijami, ki se nanašajo na polje socialnih in zdravstvenih pravic. Da bi preprečili, da bi posamezniki, ki imajo kompleksne težave v vsakdanjem življenju in iščejo pomoč v socialnovarstvenih programih, dobili etiketo »dvojna diagnoza«, bi te pojme v socialnem delu morali prenehati uporabljati. V socialnem delu moramo začeti uporabljati besede, s katerimi bomo predvsem opisovali različne situacije, v katerih posameznik občuti težave in o katerih se z uporabnikom sporazumemo (to pomeni, da preverimo, ali smo pravilno razumeli, v čem je uporabnikova težava in pri čem si želi našo pomoč). Opise teh situacij je treba prevajati v potrebe, ki nam služijo za operacionalizacijo dela. Na podlagi prepoznanih potreb bomo vstopili v proces iskanja rešitev in v procese pogajanja z vsemi ključnimi akterji, ki jih je treba mobilizirati (na področju socialnega varstva in zdravstva ter druge ključne akterje v skupnosti, ki so za našega uporabnika pomembni). Poudarimo naj, da je pri izrisu takšne mreže podpore ključni načrtovalec uporabnik. Socialni delavec/delavka pa ga/jo lahko podpre z informiranjem o pravicah, s korektnim opisom postopkov, ki jih uporabljamo, s predelavo možnih scenarijev, s pojasnjevanjem naše vloge, ki ne sme postati paternalistična, ampak sodelovalna in zagovorniška.

V socialnem delu je nujno pragmatično verjeti v uporabnika in njegove/njene moči za preživetje. Ključni instrument za takšno delo je »pripoved«, ki nastaja s postavljanjem relevantnih vprašanj, ki bodo omogočala pridobivanje konkretnih informacij, kot so: kako uporabnik živi, kako se počuti, kaj si želi, da se v njegovem življenju spremeni, kaj občuti kot glavne ovire, kako bi rad, da mu pomagamo, koga vidi v mreži pomoči, s kom si želi sodelovati. Skupaj z uporabnikom bomo tako vstopili v proces raziskovanja in interpretiranja vsakdanjih situacij. Pridobljene informacije moramo uporabiti na način, da bo človek lahko poiskal tiste vire pomoči, ki so v njegovem okolju na razpolago in ki jih potrebuje. Če teh virov ni, je poslanstvo socialnega dela, da jih skupaj z uporabnikom poišče – da jih soustvari. Le na tak način bodo lahko uporabniki postali zares udeleženi pri načrtovanju in izvajanju storitev, socialno delo pa bo usmerjeno v to, kar človek v resnici potrebuje.

#### LITERATURA

- Albrecht, G. L. (2005): *The Sociology of Health and Illness*. V: Calhoun, C., Rojek, C., Turner, B. (ur.), *The Sage Handbook of Sociology*, 267–284. Thousand Oaks, London, New Delhi: SAGE Publications.
- Basaglia, F. (1981): *Le Comunita Therapeutiche*. Torino: Editore Einaudi.
- Banton, R., Clifford, P., Frosh, S., Rosenthal, J. (1985): *The Politics of Mental Health*. London: Macmillan Press – now Palgrave.
- Bonetti, A., Bortino, R. (2005): *Tossicodipendenza e doppia diagnosi: la relazione d'aiuto in Comunita'*. Milano: Franco Angeli s. r. l.
- Conrad, P. (1981): *On the Medicalisation of Deviance and Social Control*. V: Ingleby, D. (1981b): *Critical Psychiatry: The Politics of Mental Health*. Harmondsworth: Penguin.
- Du Bois, B., Krogstad Miley, K. (2005): *Social Work – An Empowering Profession*. Boston, New York, San Francisco: Pearson Education.
- Flaker, V. (1997): *Preoblikovanje jezika duševnega zdravja*. *Altra (Ljubl.)*, 2 1: 3–5.
- Flaker, V. (1998): *Odpiranje norosti. Vzpon in padec totalnih ustanov*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Flaker, V. (2003): *Oris metod socialnega dela – Uvod v katalog nalog centrov za socialno delo*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo Univerze v Ljubljani in Skupnost centrov za socialno delo Slovenije.
- Foucault, M. (1975): *The Birth of Clinic: an Archeology of Medical Perception*. New York: Vintage Books.
- Glasser, W. (2003): *Opozorilo: psihiatrija je lahko nevarna za vaše duševno zdravje*. Radovljica: Mca.
- Greison, T. (2006): *Introduction to Dual Diagnosis. Živeti z dvojno diagnozo*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (Izobraževanje za strokovne delavce).
- Hawkings, C. Gilbert, H. (2004): *Dual diagnosis toolkit: Mental health and substance misuse*. London: Rethink and Turning Point.

- Južnič, S. (1998): Človekovo telo med naravo in kulturo. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Kaplan, H. B. (2004): Mental Illness as a Social Problem. V: Ritzer, G. (ur.), Handbook of Social Problems – A Comparative International Perspective, 561–586. Thousand Oaks, London, New Delhi: SAGE Publications.
- Lamovec, T. (1998): Psihosocialna pomoč v duševni stiski. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
- Milošević Arnold, V., Postrak, M. (2003): Uvod v socialno delo. Ljubljana: Študentska založba.
- Rigliano, P. (2004a): Doppia diagnosi: tra tossicodipendenza e psichopatologia. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Rigliano, P., Ranchilio, L. (2003): Diagnosi. Milano: Franco Angeli.
- Rigliano, P. (2004b): Piaceri drogati: Psicologia del consumo di droghe. Milano: Giangiacomo Feltrinelli Editore.
- Rosenhan, D. L. (1975): On being sane in insane places. V: T. J. Scheff (ur.), Labeling madness, 54–74. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Steinert, H. (2005), Sociology of Deviance: The Disciplines of Social Exclusion. V: Calhoun, C., Rojek, C., Turner, B. (ur.), The Sage Handbook of Sociology, 471–492. Thousand Oaks, London, New Delhi: SAGE Publications.
- Szasz, T. S. (1960): The myth of mental illness. American Psychologist, 15, 113–118.
- Szasz, T. (1970): The Manufacture of Madness. New York: Harper and Row.
- Thompson, N. (2001): Anty-Discriminatory Practice. Hampshire and New York: Palgrave.
- Ule, M. (2003): Spregledana razmerja: o družbenih vidikih sodobne medicine. Maribor: Aristej.
- UNODCCP. (2000): Demand reduction: a glossary of terms. New York: Združeni narodi.
- Zaviršek, D. (1995): »Če vidiš duhove, povej ljudem!« Nekaj miselnih modelov v antropologiji zdravja. Socialno delo, 34, 2:109–118.
- White, D. (1988): Madness and Psychiatry, Asylum, 3 (2).
- WHO (1995): Lexicon of alcohol and drug terms. Ženeva: WHO.