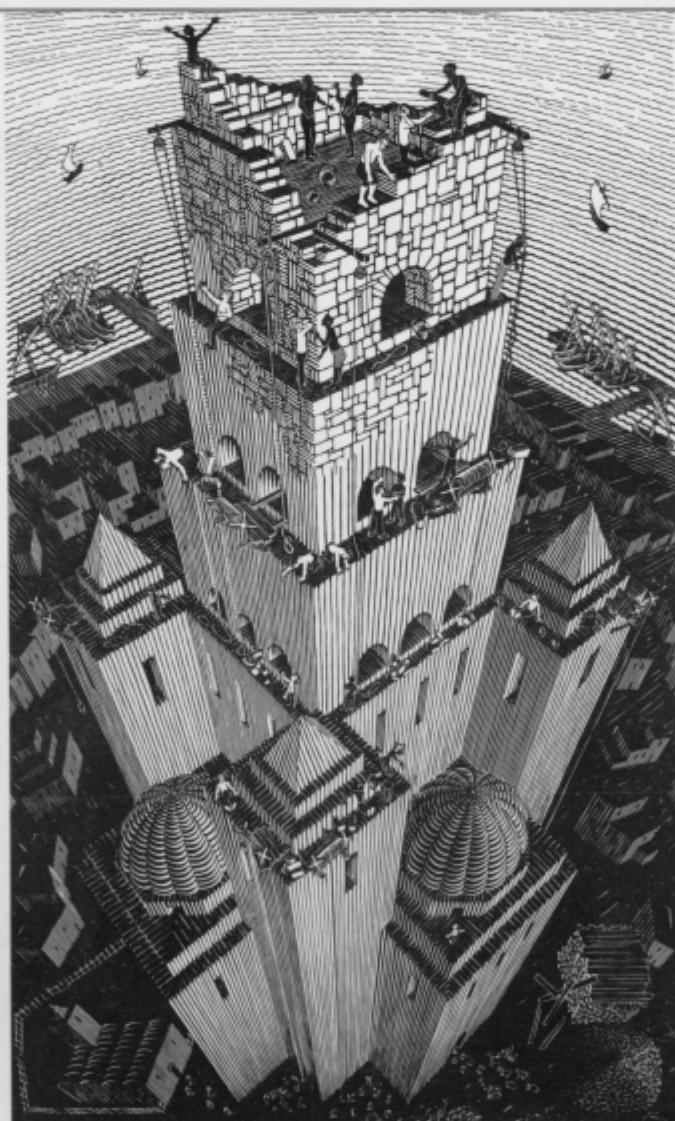




# socialno delo

letnik 33 - junij 1994 - št. 3



visoka šola za socialno delo  
ljubljana

## socialno delo

Izdaja Visoka šola za socialno delo Univerze v Ljubljani  
Vse pravice pridržane

### Glavni in odgovorni urednik

Bogdan Lešnik

### Uredništvo

Darja Zavišek (knjižne recenzije)

Srečo Dragoš (raziskave)

Jo Campling (mednarodna izdaja)

### Izdajateljski svet

Vika Bevc

Vito Flaker

Anica Kos

Blaž Mesec (predsednik)

Pavla Ropoša Tanjšek

Marta Vodeb

Marjan Vončina

### Strokovni svet

Franc Brinc

Gabi Čačinovič Vogrinčič

Bojan Dekleva

Andreja Kavar Vidmar

Zinka Kolarič

Mara Ovsenik

Jože Ramovš

Tanja Renner

Bernard Stritih

### Naslov uredništva

Šaranovičeva 5, 61000 Ljubljana, tel. & faks (061) 133-7011

**Časopis Socialno delo** objavlja teoretske članke, poročila o raziskavah s področja socialnega dela, interdisciplinarne študije in prispevke z drugih znanstvenih in strokovnih področij, kritike in komentarje, poročila o strokovnih srečanjih in dogodkih, pisma, knjižne recenzije in druge prispevke, relevantne za teorijo in prakso socialnega dela. Znanstveni prispevki so recenzirani (anonimno). Časopis izhaja v šestih številkah na leto.

**Naročnina** na Socialno delo se ne plačuje vnaprej, temveč naročniki plačajo vsako številko posebej, ustanove po priloženem računu, posamezniki po povzetju. Ceni izvoda so prišteti poštni stroški. Naročite se lahko s pismom uredništvu. Na enak način sporočite morebitno spremembo naslova in druge spremembe.

Knjige za **knjižne recenzije** v Socialnem delu je treba pošiljati v dveh izvodih na naslov: Darja Zavišek, VŠSD, Šaranovičeva 5, 61000 Ljubljana, s pripisom: Za recenzijo v Socialnem delu.

**Oglasi:** za podrobne informacije pokličite ali pišite na uredništvo.

**Rokopisi:** teoretski članki, raziskovalna poročila in druge poglobljene študije so lahko dolgi do 16 strani (30.000 znakov), daljši so lahko le izjemoma in s privoljenjem uredništva. Druga besedila imajo lahko do 8 strani. Rokopisi so lahko vrnjeni avtorju v dopolnitev ali popravek. Besedilo, ki naj bo objavljeno v več nadaljevanjih, je treba oddati v celoti vnaprej. Kako naj bo urejeno besedilo za objavo, piše na zadnjih straneh te številke.

**Avtorske pravice** za prispevke, poslane uredništvu, pripadajo časopisu Socialno delo. Uredništvo si pridržuje pravico preurediti ali spremeniti dele v objavo sprejetega besedila, če tako zahtevata jasnost in razumljivost, ne da bi prej obvestilo avtorja.

Slika na naslovnici: M. C. Escher, *Babilonski stolp* (1928)

Časopis finančno podpirata Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve in Ministrstvo za znanost in tehnologijo.

Po mnenju Ministrstva za znanost in tehnologijo (415-1/93, 28. 1. 1993)  
sodi ta izdelek med tiste, za katere se plača 5% davek od prometa.

Tisk: Paco, Ljubljana.



Tokratno številko vpeljujejo prispevki s posvetovanja sekcije za spodbujanje duševnega zdravja društva Alpe-Jadran o prisilni hospitalizaciji v treh bližnjih regijah. Blok je uredila **Biljana Dušić**.

Nekatere ugotovitve **Bruna Norcia** in **Lorenza Toresinija** so zares presenetljive, sama pa za Slovenijo najbolj poudarjata po njunem mnenju nenavadno zakonsko izenačitev med prisilno in prostovoljno hospitalizacijo. Drugi članek istih avtorjev se ukvarja s koncepti italijanske zakonodaje na področju psihiatrije, ki izhajajo iz precej spremenjenega govora o problematiki "nemočnih subjektov" in so zato koristna informacija tudi za nas.

Članek **Vita Flakerja** na temelju načel normalizacije razvije analizo tveganja, da se bo kakšnemu varovancu kakšne ustanove kaj zgodilo. Hkrati pa opazi, kako je lahko "tveganje", da se mu bo kaj zgodilo, zgolj pretveza, da se z njim nič ne zgodi - da se varovancu kratko malo ničesar ne dovoli. Analiza tveganja je racionalen postopek, ki bi moral na eni strani osvoboditi skrbstvenega delavca prezaskrbljenega, čezmernega varništva (hiperprotektizma) nad varovancem in na drugi strani osvoboditi varovanca pred tem, da bi bil v imenu nekakšne nedoločene, vseobsegajoče nevarnosti podrejen togosti "strokovnjaka".

Prispevek **Danila Sedmaka** je zastavljen avtobiografsko in opisuje svojo izkušnjo skozi tri modele delovanja tržaške psihiatrične bolnišnice, pri tem pa poudari fenomenološki pristop k reševanju iz duševne stiske, ki ga nato skozi nekatere koncepte in distanciacije obdeluje **Tanja Lamovec**.

Naslednje besedilo ne sodi več v prejšnji blok, vendar je njegova tema močno povezana z zgornjo: **Vesna Švab** in **Nace Kovač** razdelujeta konkreten, zelo pragmatičen model skupnostne skrbi za psihiatrične paciente, ki bi prav lahko postal vzorčen.

Pri tem lahko znova opazimo, kako pri nas praksa prehiteva teorijo, ki se je nekateri praktiki celo zavestno odrekajo, v smislu: nimamo časa za filozofiranje, imamo preveč dela. Vendar morda prav zato razmerja med pravnimi izhodišči, psihiatrično doktrino in socialnim delom na področju duševnega zdravja ostajajo nejasna in tudi konfliktna. Na primer: dokler ne bomo znali (v slovenščini) razlikovati med psihiatričnim pacientom in duševnim bolnikom, zelo verjetno ne bomo znali razlikovati niti med pravnim problemom, ki zadeva status (in pravice) zdravniški presoji podrejenega subjekta, in fenomenološko problematiko, ki zadeva naravo duševnega trpljenja (kakor se izrazi **Danilo Sedmak**). Če pa ju ne bomo znali razlikovati, tudi povezave med njima ne bomo razumeli.

Članek **Darja Završek** je, kakor smo pri avtorici že vajeni, osredotočen izključno na ženske, kar deluje kot protitež njihovemu pogosto zamolčanemu položaju. Tudi **Milko Poštrak** v svojem pregledu teorij o subkulturah najprej ugotavlja zamolčan položaj ženske.

Zadnji omenjeni besedili po svoji teoretski provenienci sodita nekam v sociološko-antropološko-etnološki diskurz. Spoznanja s tega področja (ali natančneje, teh področij) so za socialno delo zelo pomembna, saj osvetljujejo kulturne prakse, med katere je vpeto in katerih del je tudi samo. Sem sodi tudi prispevek **Zoje Skušek** o tem, kako rojevajo otroke moški. Kaže, da ima navidez bizaren domorodski pojav odmev v vsakdanjem življenju tudi tako imenovane civilizirane družbe. Več o pojavu z imenom kuvada pa v avtoričini študiji, ki bo objavljena v prihodnji številki.

Na koncu se s člankom **Sreča Dragoša** znova vračamo k bolj neposredni problematiki socialnega dela, k vprašanju, če nekoliko poenostavimo, o njegovi avtorefleksiji in o njegovem statusu - ključna vprašanja za vsako stroko, prav gotovo tudi za tako, ki "dela z ljudmi". Od odgovorov, če ne že od pravilno zastavljenih vprašanj je namreč odvisno ne le to, kako bo delavec delal, temveč tudi to, ali bo vedel, kaj dela, ali vsaj vedel, da ne ve, in da tega ne bo skušal spontano zamašiti z ideologijo.



Bruno Norcio, Lorenzo Toresini

## EPIDEMIOLOGIJA PRISILNE HOSPITALIZACIJE NA OBMOČJU ALPE-JADRAN

PRELIMINARNA ANALIZA PODATKOV RAZISKAV IZ SLOVENIJE,  
KARANTANIJE IN FURLANIJSKE KRAJINE

### UVOD

Sekcija za spodbujanje duševnega zdravja združenja Alpe-Jadran je bila ustanovljena leta 1989 na mednarodni konferenci v Stazione Marittima v Trstu. Pobudnik je bila skupina psihiatričnih in socialnih delavcev, skupaj s člani različnih združenj prostovoljcev in zainteresiranimi občani Slovenije in območij Celovca in Trsta.

Namen ustanavljanja združenja je bil spodbuditi in podpreti gibanja, ki se zavzemajo za odpravo azilarnih praks na področju duševnega zdravja. Ta namen naj bi dosegli zlasti skozi soočanje skupin z različnim socialnim in antropološkim ozadjem, predstavnikov različnih institucionalnih pristopov in zagovornikov različnih zakonskih opredelitev.

V začetku stoletja so psihiatrični programi (bodisi da so se nanašali na psihiatrične institucije ali na koncepte zdravljenja) v vseh treh območjih izhajali iz skupnega izvora. Ta izvor je bila avstroogrška zdravstvena politika. (Psihiatrična bolnišnica v Trstu, ki so jo odprli leta 1911, je projektirana kot dvojčica dunajske Steinhof.) V drugi polovici stoletja pa so se psihiatrični programi in smernice na omenjenih območjih oblikovali vse bolj različno.

V Italiji so se dogodki, ki so pripeljali do zapiranja psihiatričnih bolnišnic, zvrstili po obdobju ponovne evalvacije subjektivnih pravic psihiatričnih pacientov kot nemočnih subjektov. Reforma zakona o zdravstvu, ki vsebuje tudi reformo na področju psihiatrije, datira iz leta 1978. V zakon so vključene smernice, ki so

jih predlagala že omenjena gibanja, in tako je odobreno postopno zapiranje norišnic. Novi zakon je določil le smernice tega procesa, bre-me konkretne izpeljave pa je prestavil na regijske institucije. Poleg tega je novi zakon korenito spremenil kriterije in procedure za prisilne zdravstvene ukrepe (PZU). Kot člana italijanskega dela združenja Alpe-Jadran lahko normative in prakso na področju psihiatrije v Avstriji in Sloveniji le na kratko komentirava. Zadnje besedo o tem prepušča kolegom iz teh dežel.

Rekli so nama, da so se v Avstriji poglobljali v to, kako je s psihiatrijo, v 70. in 80. letih. Leta 1990 je bil sprejet reformski zakon na področju psihiatrije (*Unterbringungsgesetz*). Kot člana tržaške skupine se čutiva soodgovorna za določene spremembe in izboljšave v avstrijski psihiatriji. Po naši razlagi sta obstajala tako potreba po spremembi psihiatričnih institucij kakor odpor do zamisli o spreminjanju. Prva se je razvila iz nezadovoljivega obsega pacientovih pravic. Na kaj se je opirala opozicija, ne veva. Rezultat prizadevanj obeh skupin je kompromisen zakon, ki ni zadovoljil reformskih prizadevanj.

Zvedela sva, da obstaja v Avstriji kar močno in vplivno neodvisno gibanje skupin, ki imajo interese na področju psihiatrije. Kaže, da je to gibanje povezano tudi z najboljšim delom Katoliškega gibanja. Verjetno vzpostavlja psihiatričnim institucijam alternativno mrežo, čeprav na majhnem območju.

Kar se tiče Slovenije, italijanski opazovalci ne razumemo popolnoma pravega pomena

psihiatrične reforme iz leta 1986. Ne poznamo prejšnjih zakonov in manjka nam informacij o strukturnih podrobnostih socialne, ekonomske in antropološke realnosti v Republiki Sloveniji. Misliiva, da je zakon iz 1986 leta poskus, čeprav ponesrečen, da bi izboljšali stanje in presegli krizo tradicionalne psihiatrije, ki je vseevropski fenomen.

Po drugi strani najina analiza kaže nova in pomembna dejstva, ki se nanašajo na ponudbo brezplačne in trajne podpore po odpustu iz bolnišnice. Ta dejstva kažejo, da se terapevtski odnos po PZU nadaljuje. Lahko domnevamo, da je to pokazatelj razvite javne, od države podprte socialne psihiatrije, ki je morda dediščina prejšnjih, socialističnih usmeritev v Sloveniji.

Najina raziskava ima za cilj soočanje različnih psihiatričnih modelov, ki naj bi bili iztočnica za skupen pogovor o načinih delovanja v psihiatriji in pravicah pacientov. Najprej bova analizirala in primerjala PZU na treh območjih in različne zakone, ki regulirajo postopek. Potem bova analizirala naravo odnosa različnih družbenih kultur na omenjenih območjih do fenomena marginalizacije.

Popolnoma se zavedava preliminarne narave te raziskave, saj kljub uporabi kriterijev za soočanje ostajajo težave zaradi razlik v zakonodaji, v t. i. "načinu dela" in v strokovnem pristopu k psihiatričnemu zdravljenju.

Kljub temu v tej raziskavi predstavlja primerjavo med konkretnimi podatki in ne med nepotrjenimi aksiomi.

#### METODOLOGIJA RAZISKOVANJA PZU V TREH OBMOČJIH

Prva težava, s katero se srečamo pri analizi zdravljenja "proti volji osebe", je definirati karseda homogene kriterije, ki določajo to vrsto medicinskih posegov na vseh treh območjih. V Italiji je *trattamento sanitario obbligatorio* izjemen poseg, ki naj bi ga se izogibali. Zakon zahteva, da je pred takim posegom napravljeno vse, kar je mogoče, da bi dobili soglasje osebe. Tudi sodnik, ki je uradno pravni varuh osebe, se mora strinjati s PZU. Lahko zavrne nalog za PH, če manjkajo dokazi, da je bilo storjeno vse, kar je mogoče, da bi soglasje dobili.

Avstrijski zakon določa, da morajo biti med PZU zadovoljeni vsi pogoji, ki zagotavljajo državljanske pravice osebe. Nimamo podatkov o tem, kako so ti pogoji izpolnjeni. Posredno pridobljene informacije kažejo na to, da na splošno so.

V Sloveniji vse oblike hospitalizacije v psihiatrični ustanovi (tudi če gre za prostovoljno zdravljenje) obravnava ista zakonska odredba, ki govori o prisilni institucionalizaciji. Z drugimi besedami, pri vseh pacientih pravni status izhaja iz dejstva, da se nahajajo na zaprtem oddelku psihiatrične bolnišnice.

V Avstriji in Sloveniji so možni PZU brez zdravljenja. To pomeni, da je oseba lahko hospitalizirana, ne da bi dobivala kakšno specifično terapijo. Če prav razumeva ta pravila, je situacija vsaj paradokсна, vendar formalno legalna.

Torej: želela sva poiskati ali izumiti kriterije, ki ob tako različni zakonodaji vsaj deloma dovoljujejo primerjavo.

PZU smo definirali kot istočasno navzočnost naslednjih treh pogojev:

- 1) Nesoglašanje osebe s hospitalizacijo najmanj 48 ur (in več).
- 2) Omejevanje svobode samoodločanja za več kot 48 ur.
- 3) Možnost, da v postopku hospitalizacije intervenirajo službe, ki vzdržujejo javni red (policija in podobno).

Da bi dobili vzorčno populacijo, ki se jo da primerjati z demografskega vidika (600 do 700 tisoč ljudi) smo izbrali tri območja:

- 1) tri province Furlanije (Trst, Gorico in Pordenone),
- 2) del karantanske regije in
- 3) Ljubljano z okolico.

Za zbiranje podatkov sva iznašla poseben vprašalnik. Bil je v angleščini in je bil različica vprašalnika, ki smo ga uporabljali v Trstu. Pridobljene podatke sva razdelila v tri skupine: sociodemografski del (skupina A); kriteriji v drugi skupini so bili razlogi za zdravljenje: kdo je pripeljal osebo v bolnišnico, družbena motivacija ali merilo, diagnoza po ICD-9 (skupina B); v tretji skupini (skupina C) je bil kriterij način zdravljenja v instituciji: vrsta oddelka, trajanje zdravljenja, postopek zdravljenja, nadaljevanje zdravljenja po odpustu.



Zbrane podatke so najprej analizirali kolegi v Sloveniji in Avstriji, nato pa so nama jih poslali v Trst, kjer je skupina raziskovalcev nadaljevala delo.

## REZULTATI IN DISKUSIJA

Poročala bova o rezultatih, za katere meniva, da so najpomembnejši:

### A) PRVI DEL VPRAŠALNIKA

Podatki, ki se nanašajo na določena območja, so predstavljeni grafično. Uporabila sva homogeno grafično predstavitev.

Vzorci populacije so bili: Ljubljana 700.000; Celovec 600.000; Furlanija 676.000 (tabela 1).

Število PZU na treh območjih v letu 1992 je bilo: Ljubljana 249; Celovec 264; Furlanija 74 (Tr 27, Go 24, Po 8,32) (tabela 2).

Število PH na 100.000 prebivalcev je: Ljubljana 35,42; Celovec 44; Furlanija 10,92 (Tr 10,31, Go 17,25, Po 8,32) (tabela 3).

Očitno je število PH zelo različno razporejeno v Avstriji in Sloveniji na eni strani in v Furlaniji na drugi.

To stanje je posledica zlasti že omenjenih razlik v zakonodaji.

Da bi pojasnila to stanje, je skupina kolegov iz Slovenije navedla, da je resnična situacija naslednja:

18,5% pacientov je sprejetih na lastno željo,

28,6% pacientov soglaša s hospitalizacijo,

15,4% pacientov je indiferentnih,

6,6% odklanja sprejem,

1,3% pacientov se fizično upira sprejemu,

za 28,6% ni podatkov.

Gre za že omenjeno dejstvo, da so v Sloveniji vsi pacienti v akutni duševni stiski sprejeti na zaprti oddelek in so zato vsi prišteti k številu PH.

Ne glede na to pojasnilo ostaja resen problem: dejstvo je, da imajo posamezniki, ki se zavedajo stanja svoje bolezni in prosijo za pomoč z odgovornostjo in zavedanjem, enak pravni status kot tisti, ki so dejansko prisilno hospitalizirani. Gre za zakonsko podprto izgubo pravic vsakogar, ki je sprejet v psihiatrično bolnico. Glede na to zakonsko posebnost je bilo treba izoblikovati kriterij, ki bo ugotovil

resnično število prisilnih hospitalizacij. Tako smo prišli od skupne številke 3.200 na številko 249 PZU, kar je  $6,6 + 1,3 = 7,9\%$  vseh sprejemov v letu 1992.

Avstrijski zakon, ki tudi zakonsko opravičuje obstoj psihiatričnih institucij, razlikuje med pravnim statusom pacienta, ki je prišel v bolnico prostovoljno, in tistega, ki so ga hospitalizirali prisilno.

Poleg zelo jasne razlike v zakonodaji kažejo podatki še na significantne razlike v psihiatrični kulturi, kar se nanaša tako na formalno sprejet koncept duševne bolezni kakor posledično tudi na organizacijski model psihiatričnih služb.

Tudi tokrat se nismo mogli izogniti problematični povezavi med zdravjem posameznika in družbenim (javnim) redom. Ravnovesje med družbenimi interesi in pravicami posameznika se je nagibalo na družbeno stran.

O spolu sprejetih oseb rezultati kažejo, da so pri PZU moški bolj zastopani v Italiji (Go 75%, Po 69,5 %) kot v Sloveniji (Lj 44,9%).

O starosti kažejo rezultati homogeno razporeditev na vseh treh področjih. Izjemi sta Celovec pri starostni skupini 25-35 let in Ljubljana v starostni skupini nad 65 let. Kaže, da so v Avstriji PZU usmerjeni v kontrolo mladostnikov, v Sloveniji pa podatki kažejo na probleme socialne varnosti in skrbi za ostarele (tabela 4).

Kar zadeva priseljence, se največ PZU nanaša na priseljence iz bivših jugoslovanskih republik v Ljubljani. Ta podatek govori o večjem duševnem trpljenju med priseljenci in večjem tveganju PZU (tabela 5).

### B) DRUGI DEL VPRAŠALNIKA

Analiza odgovorov o posredniku med pacientom in psihiatrično institucijo (tabela 6) govori o različnih načinih aktivacije mreže psihiatričnih služb. Različni posredniki na treh območjih govorijo o različnih zakonodajah, kulturah in družbenih organizacijah. V Celovcu je posrednik (nekaj več kot 80 PZU) med pacientom v akutni duševni stiski in psihiatrično bolnišnico največkrat policija. V Sloveniji pa je posrednik največkrat pacientova družina (nekaj manj kot 120 hospitalizacij). V prvem primeru (Avstrija) je očitna funkcija služb,



zadolženih za vzdrževanje javnega reda in miru. V drugem primeru (Slovenija) pa lahko domnevamo, da obstaja odnos zaupanja med družinami pacientov in psihiatričnimi ustanovami.

Poglejmo še visoko frekvenco PZU, kadar so posredniki "drugi". "Drugi" pomeni: kdo drug kot policija, nujna medicinska pomoč, bolnišnični zdravnik, privatni psihiater, družina, prijatelji ali sosedje. "Drug" je lahko mimoidoči občan ali kdo, ki bi rad prijavil neprimerno vedenje in tako sproži ukrep PZU.

Glede neposrednega razloga, ki je povzročil akutno duševno stisko in PZU (tabela 7), je v Celovcu izrazit najpogostejši razlog družinski konflikt.

Omenimo še, da so psihiatrični motivi za PZU, kot sta "začetek" ali "ponovitev" akutne duševne stiske, pogosta razloga za PZU. Tako očitno odstopanje in razlika sta lahko nastala zaradi razlik v merilih. Nekateri kolegi mislijo, da v svoji vlogi zdravnika sprejemajo in zdravijo le ljudi z duševno boleznijo in ne ljudi s socialnimi težavami. Iz tega razloga trdijo, ne brez kontroverznega podtona, da so se pri merilih v raziskavi odločili za psihiatrično nologijo, ne da bi upoštevali, da so tudi socialne težave dejavnik bolezni. Do konca raziskave se nam ni posrečilo razčleniti in razčistiti gornjih meril.

Glede diagnoze (tabela 8) pade v oči največje število afektivnih psihoz v Celovcu in Ljubljani, ki so vzrok akutne duševne stiske, zaradi katere je pacient v bolnišnici. To verjetno kaže na družbeno kulturo z močno kontrolo afektivnih izbruhov v Avstriji in Sloveniji (več kot v Furlaniji).

### C) TRETJI DEL VPRAŠALNIKA

#### PROSTOR, V KATEREM POTEKA ZDRAVLJENJE

Izrazita vrha sta Celovec in Ljubljana - zaprti oddelki psihiatrične bolnišnice. Podobna situacija je tudi v Gorici in Pordenonu, kjer imajo zaprte oddelke psihiatričnih služb za diagnozo in zdravljenje (PSDZ) znotraj splošne bolnišnice. Izjema je Trst, kjer se PZU izvajajo na odprtih področnih Centrih za mentalno zdravje in v odprtih oddelkih PSDZ v splošni bolnišnici v Trstu.

#### TRAJANJE ZDRAVLJENJA

Vrha v Celovcu in Ljubljani kažeta na daljše zdravljenje v teh območjih Avstrije in Slovenije kot v Furlaniji. To stanje odraža različne pristope k problemu duševne bolezni in k njenemu institucionalnemu zdravljenju (tabela 9).

#### NAČIN ZDRAVLJENJA

Močnejša pomirjevala najpogosteje uporabljajo v Celovcu, nekaj manj v Furlaniji in najmanj v Ljubljani.

Šibkejša pomirjevala so v večji rabi v Furlaniji kot v Celovcu in Ljubljani.

Antidepresivi se pri PZU uporabljajo zelo malo, kar je razumljivo. Sicer pa se uporabljajo več v Ljubljani kot v Celovcu in v Celovcu več kot v Furlaniji.

Interpretacija teh podatkov je precej zapletena. Kaže, da v Ljubljani med PZU uporabljajo manj nevroleptikov in več antidepresivov kot v drugih dveh regijah. Možen vzrok za to je, da je v tej deželi tudi prostovoljno zdravljenje pravno tretirano kot PZU.

Zanimivo je dejstvo, da je elektrošok tako rekoč izginil kot način zdravljenja (navedena sta le dva primera v Avstriji).

O psihoterapiji podatki niso bili jasni (razlike pri definiranju pojma psihoterapije) (tabela 10).

#### SPREMLJANJE PACIENTOV PO ODPUSTU IZ BOLNIŠNICE

Frekvenc nisva mogli zanesljivo ugotoviti. Zadeva pa postane zanimiva, če se osredotočimo na odstotke (tabela 11).

V Celovcu le 45% primerov po odpustu iz bolnišnice obdrži stik s psihiatričnimi službami. Potem pride na vrsto Furlanija s 85% pacientov, ki ostajajo v stiku s psihiatričnimi službami. Največ pacientov ostaja po odpustu v stiku s terapevti v Ljubljani (kar 94%).

Zgornji podatki ne upoštevajo kvalitete nadaljevalnega odnosa med pacientom in psihiatričnimi službami. O njih smo se pogovarjali in jih interpretirali skupaj s kolegi iz Ljubljane. V Avstriji je dispanzerska psihiatrična služba, kot je videti, organizirana po konceptu zavarovanje-bolezen in temelji na zavarovalniških načrtih. V Sloveniji temelji organizacija dispanzerskih psihiatričnih služb na državnem,

centralnem načrtovanju in podpori. V Italiji organizirajo te službe državne zdravstvene službe (čeprav na drugačen način kot v Sloveniji) in so izraz kulture, ki ima za cilj varovanje zdravja in ne le zdravljenje.

#### SKLEP

Klub temu, da lahko imamo kulture z območja Alpe-Jadran v teoriji za v družbenem smislu podobne zaradi analognih manjšin (kljub različnim političnim usmeritvam) in zaradi zgodovinskega ozadja, ugotavljamo, da so se v zadnjih 80 letih zarisale globoke razlike. Tak sklep se ponuja, če izhajamo iz tega, da je psihiatrija pokazatelj družbenih odnosov in spoštovanja pravic tudi najbolj nemočnih posameznikov.

Ne glede na omejitve in preliminarno naravo te raziskave in na potrebo, da se določeni podatki še razčlenijo in potrdijo, smo mnenja,

da je to že začetek. Po našem mnenju je koristno, da smo našli pokazatelj, ki nam govori o tem, kako družba definira pravice svojih državljanov in kako ravna z njimi. To se še zlasti nanaša na pravice bolnikov in, še bolj specifično, na pravice duševno bolnih.

Tu imamo primer uravnoteženja pravic.

Na eni strani je pravica družbe, da se brani pred posamezniki, ki kršijo družbeni red. Na drugi strani je pravica državljana do zdravljenja in varstva. Ta pravica je še toliko pomembnejša v družbah, kjer lahko posameznika kot bolnika žalijo in prizadenejo z družbeno stigmatizacijo.

Dejstvo je, da zakoni in postopki, ki krožijo okoli koncepta duševne bolezni kot družbenega problema, kažejo manj spoštovanja do pravic bolnega državljana kakor tiste prakse, ki zagotavljajo skrb za zdravje kot za posameznika zelo pomembno dobrino.

# Multicentrična raziskava o prisilni hospitalizaciji

Alpe-Jadran 92

Vzorčna populacija

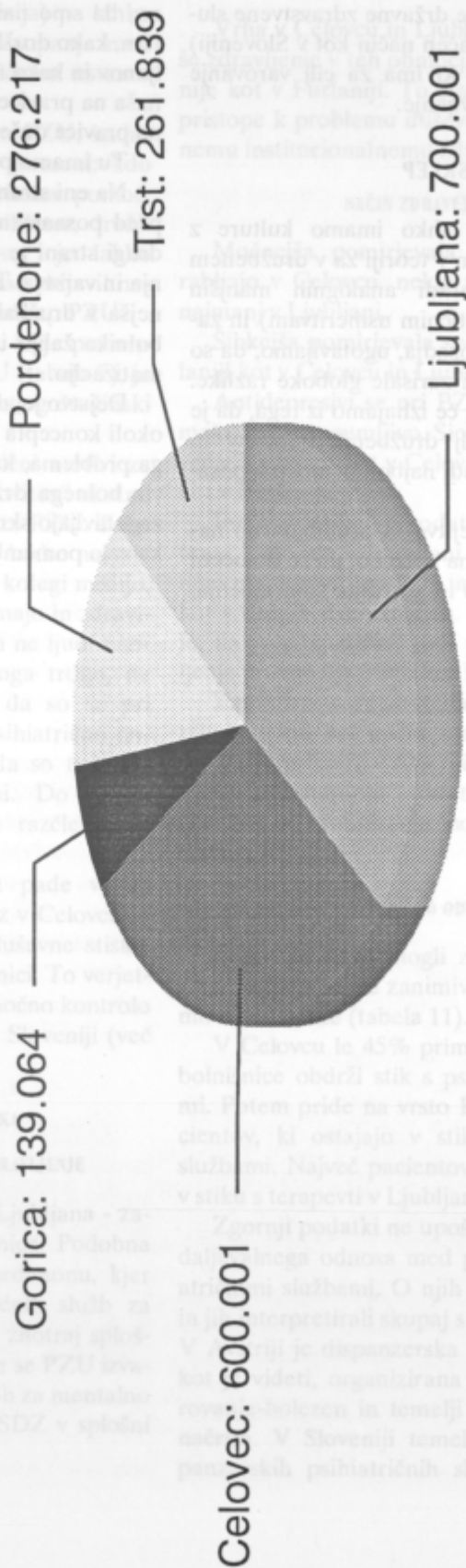


Tabela 1

# Multicentrična raziskava o prisilni hospitalizaciji

Alpe-Jadran 92

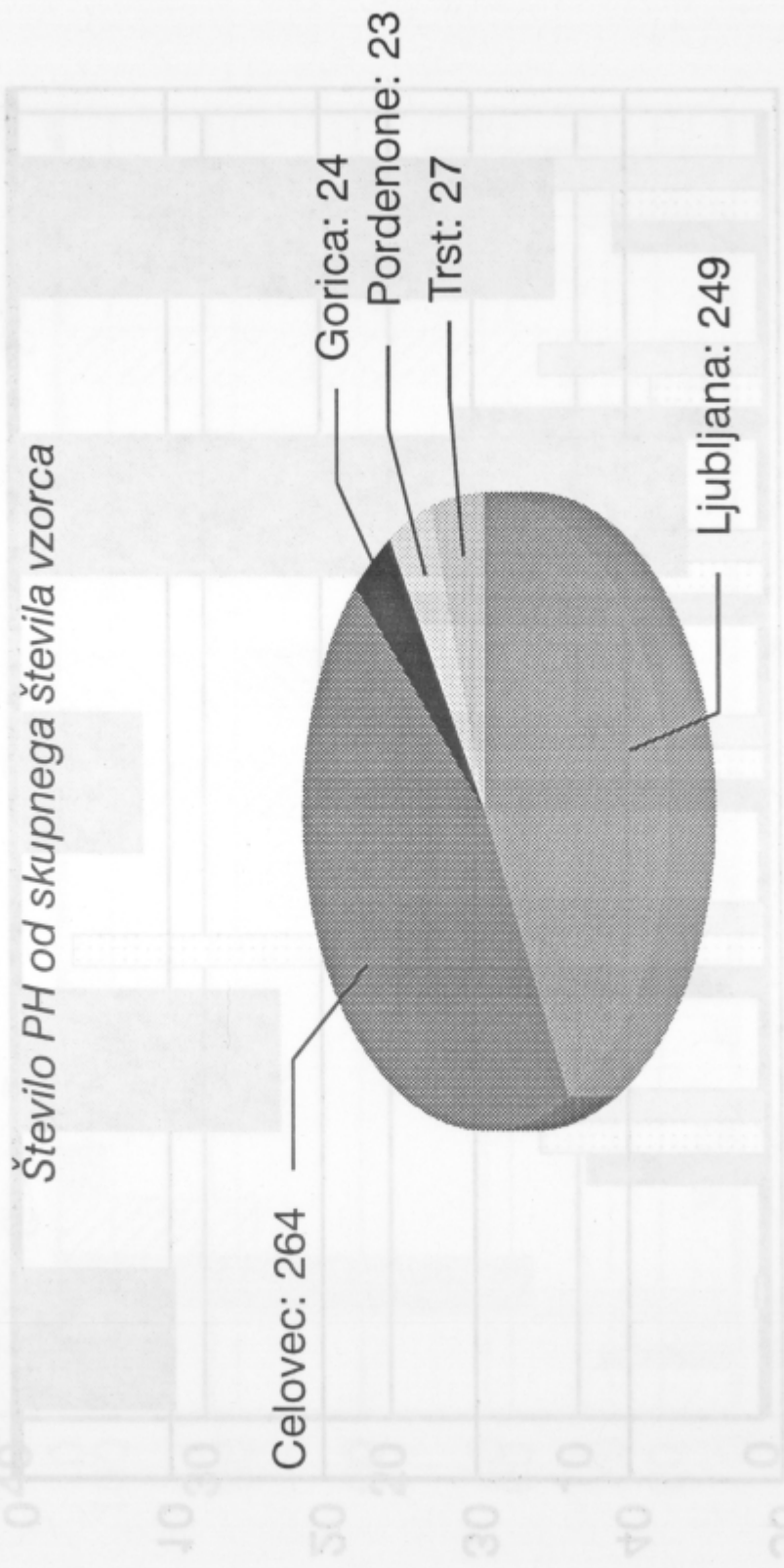


Tabela 2

Tr + Go + Po

Ljubljana

# Multicentrična raziskava o prisilni hospitalizaciji

Alpe-Jadran 92

Število sprejemov (v 100.000)

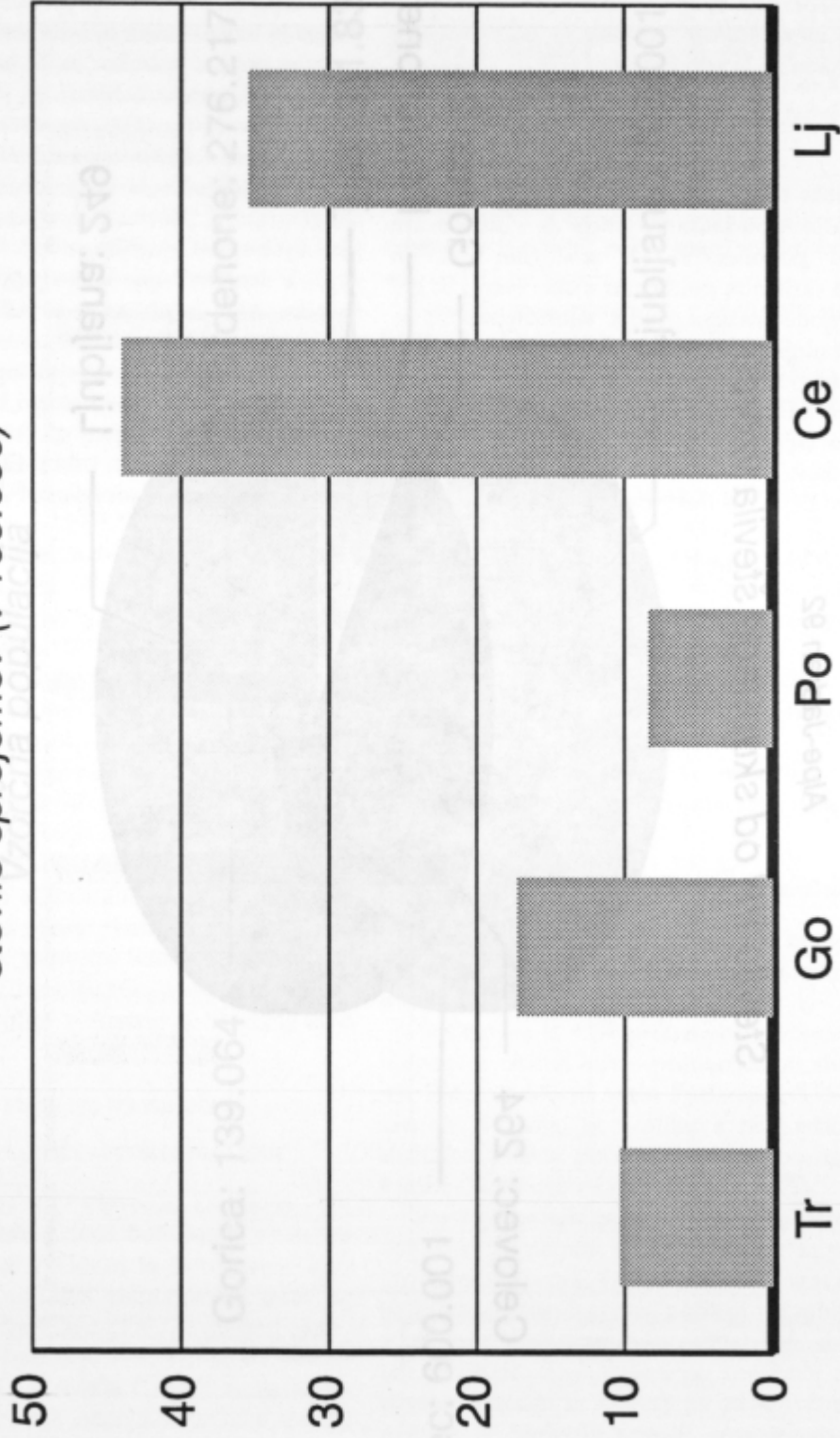


Tabela 3



# Multicentrična raziskava o prisilni hospitalizaciji

Alpe-Jadran 92

Starost v odstotkih



Tabela 4

# Multicentrična raziskava o prisilni hospitalizaciji

Alpe-Jadran 92

Priseljenci

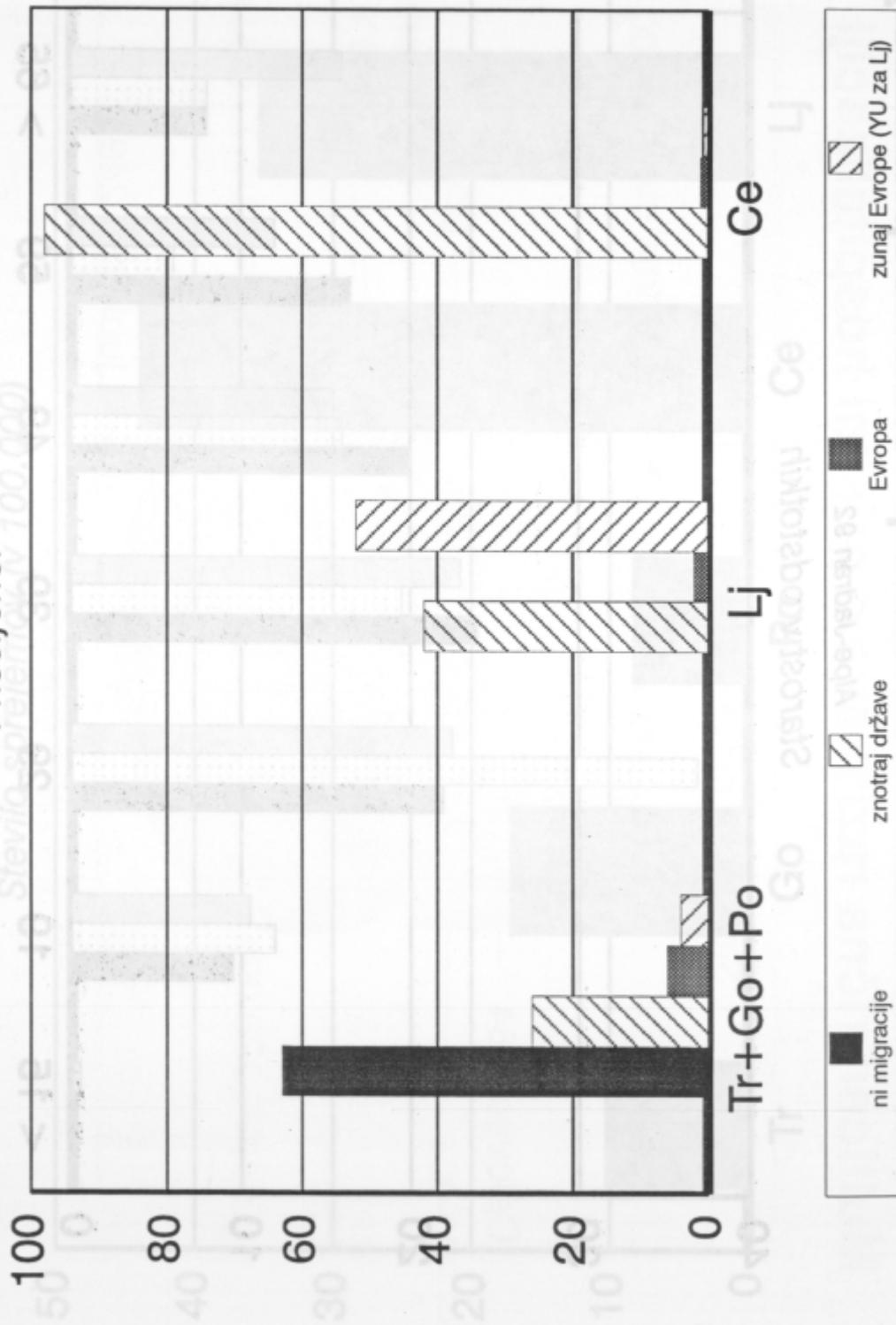
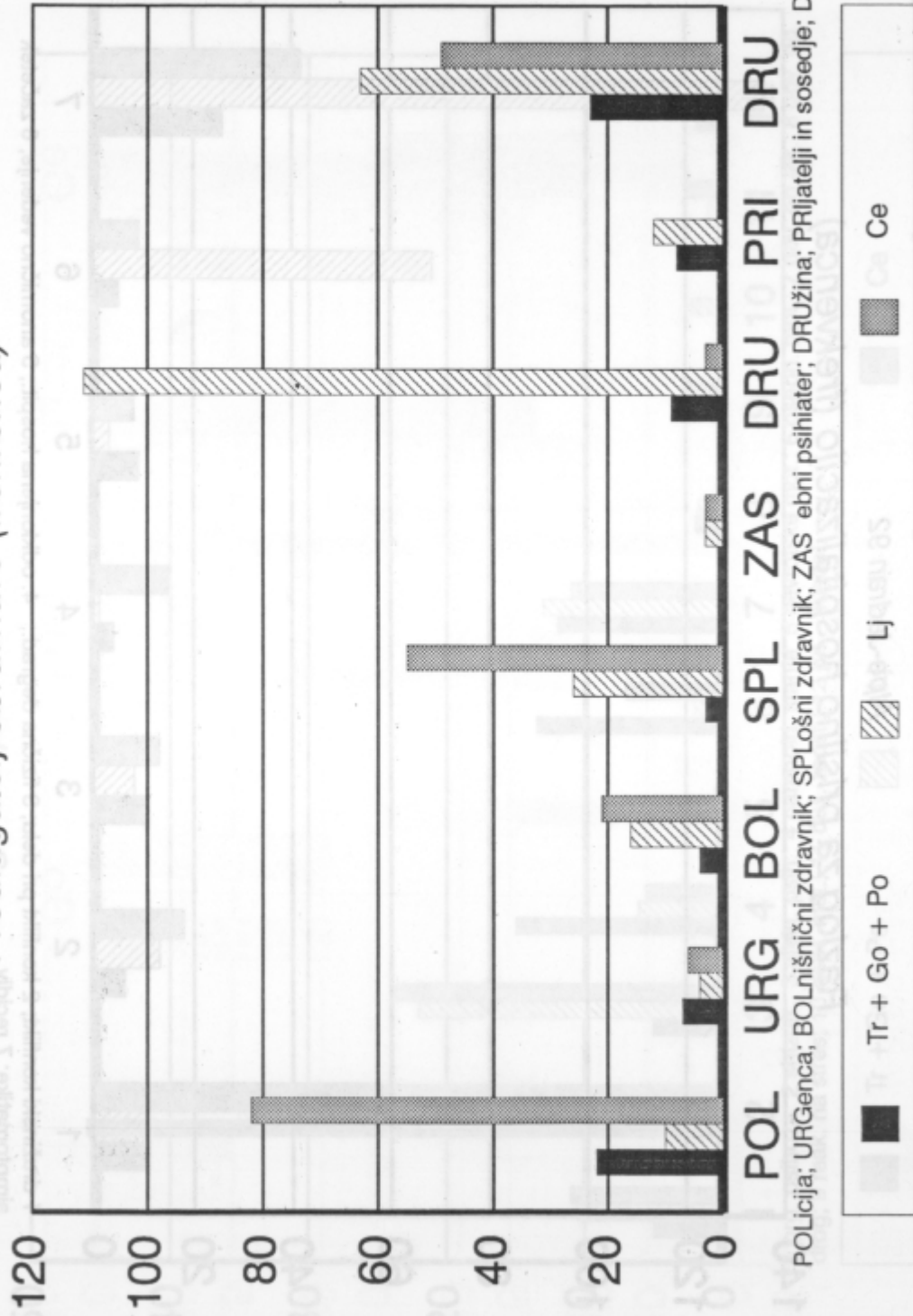


Tabela 5

# Multicentrična raziskava o prisilni hospitalizaciji

Alpe-Jadran 92

## Predlagatelj obravnave (frekvenca)



POLicija; URGenca; BOLnišnični zdravnik; SPLočni zdravnik; ZAS ebni psihiater; DRUžina; PRIjatelji in sosedje; DRUGi

Tabela 6

# Multicentrična raziskava o prisilni hospitalizaciji

Alpe-Jadran 92

Razlog za prisilno hospitalizacijo (frekvenca)

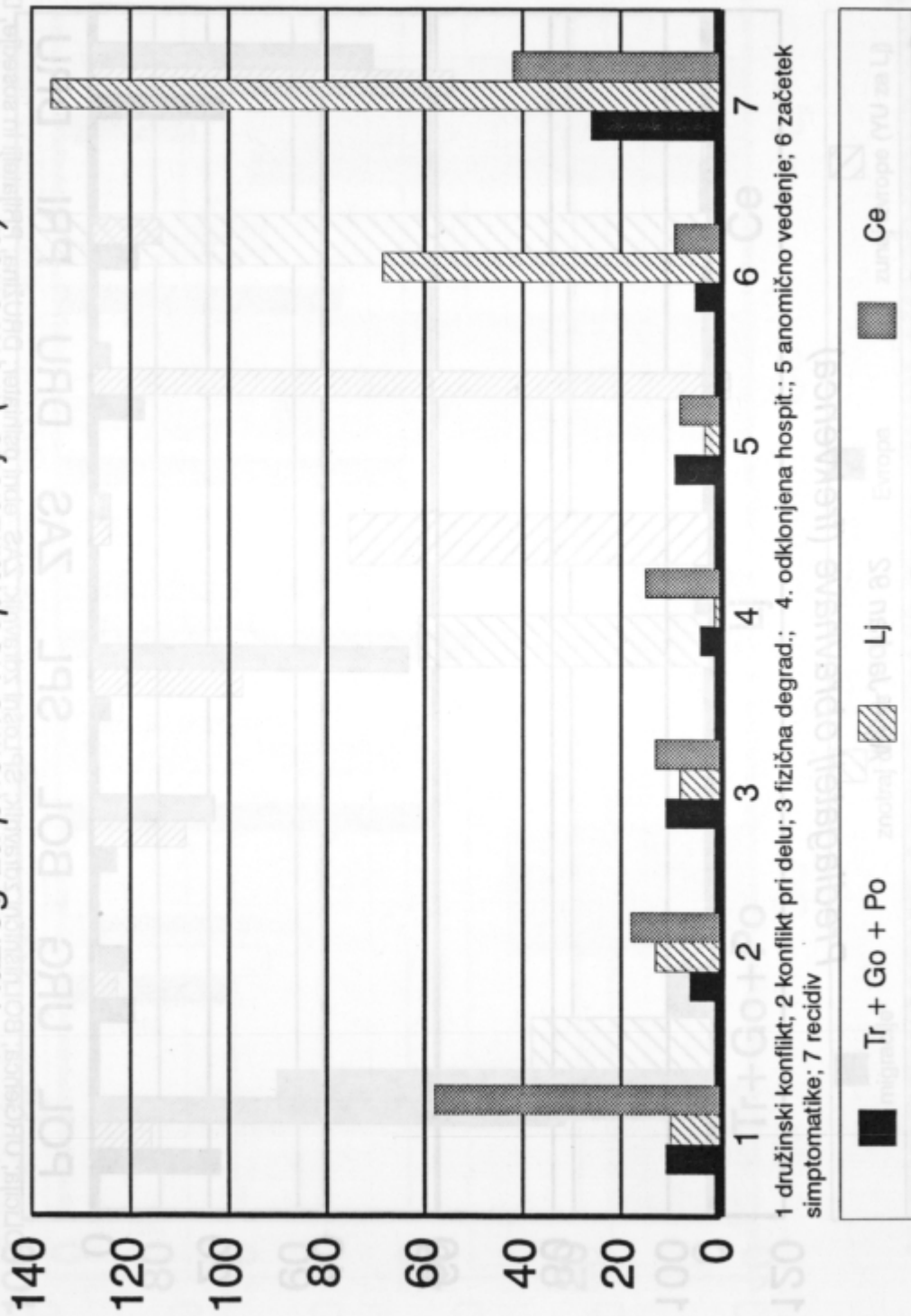
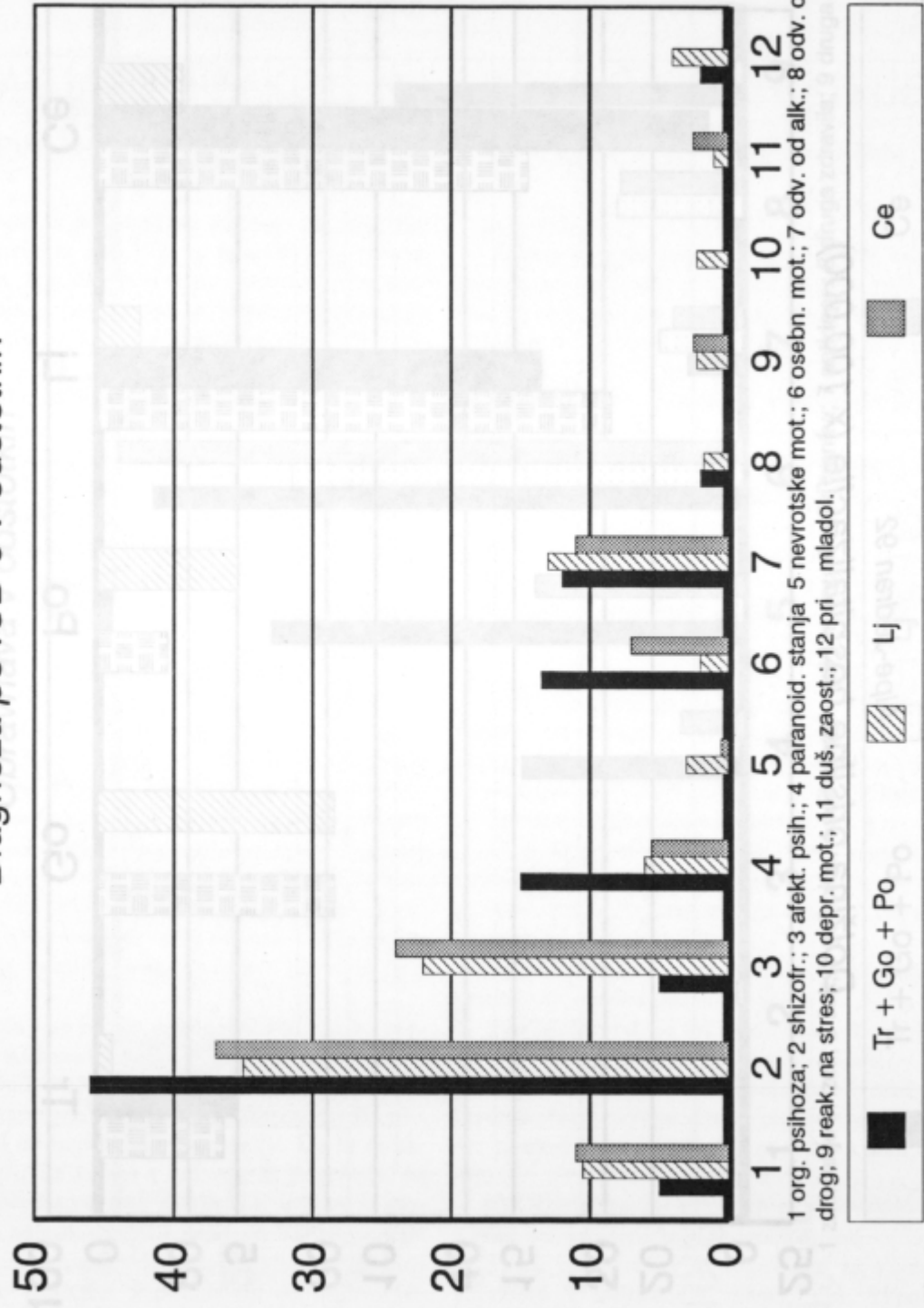


Tabela 7

# Multicentrična raziskava o prisilni hospitalizaciji

Alpe-Jadran 92

Diagnoza po ICD-9 v odstotkih



1 org. psihoza; 2 shizofr.; 3 afekt. psih.; 4 paranoid. stanja 5 nevrotiske mot.; 6 osebn. mot.; 7 odv. od alk.; 8 odv. od drog; 9 reak. na stres; 10 depr. mot.; 11 duš. zaost.; 12 pri mladol.

Tabela 8



# Multicentrična raziskava o prisilni hospitalizaciji

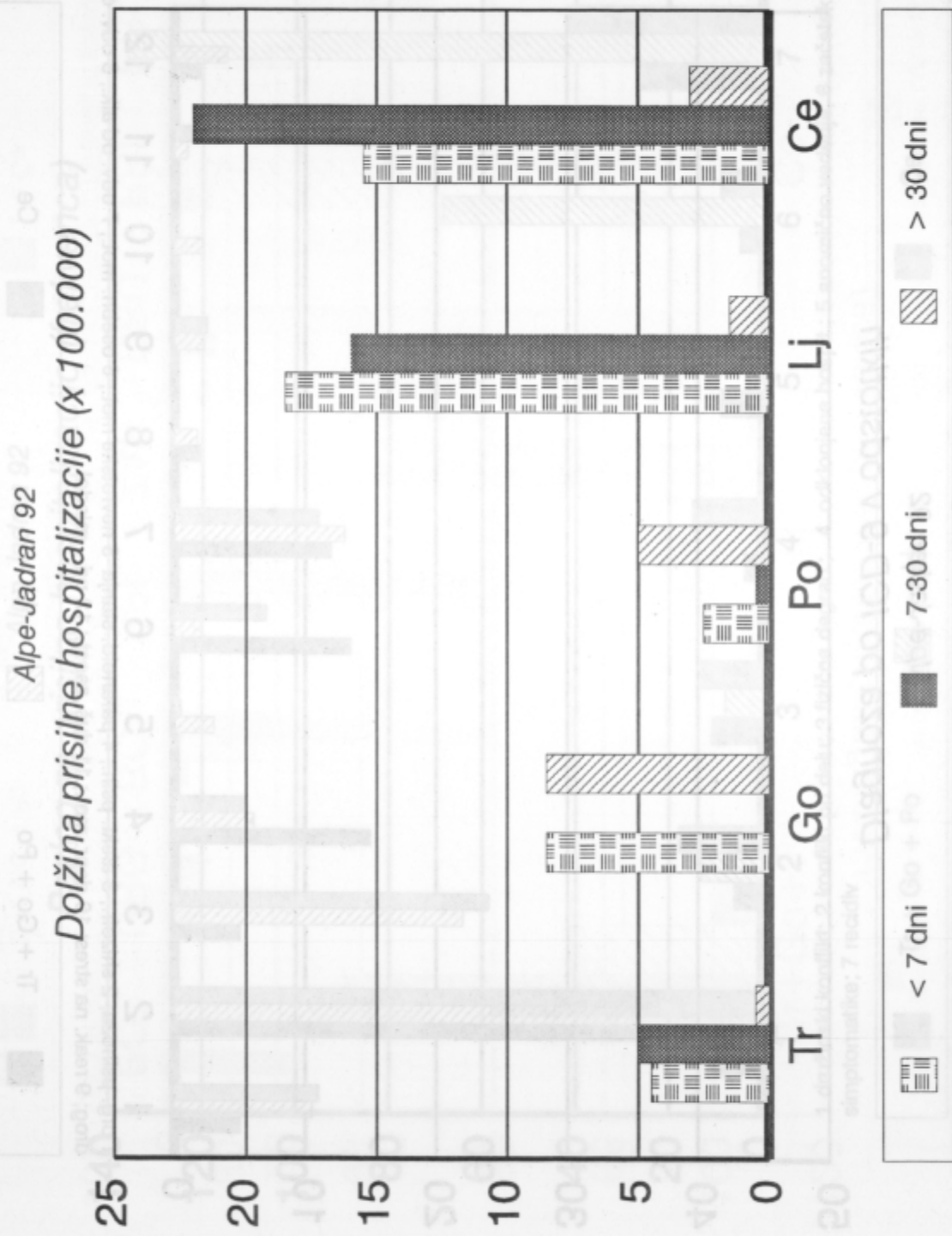
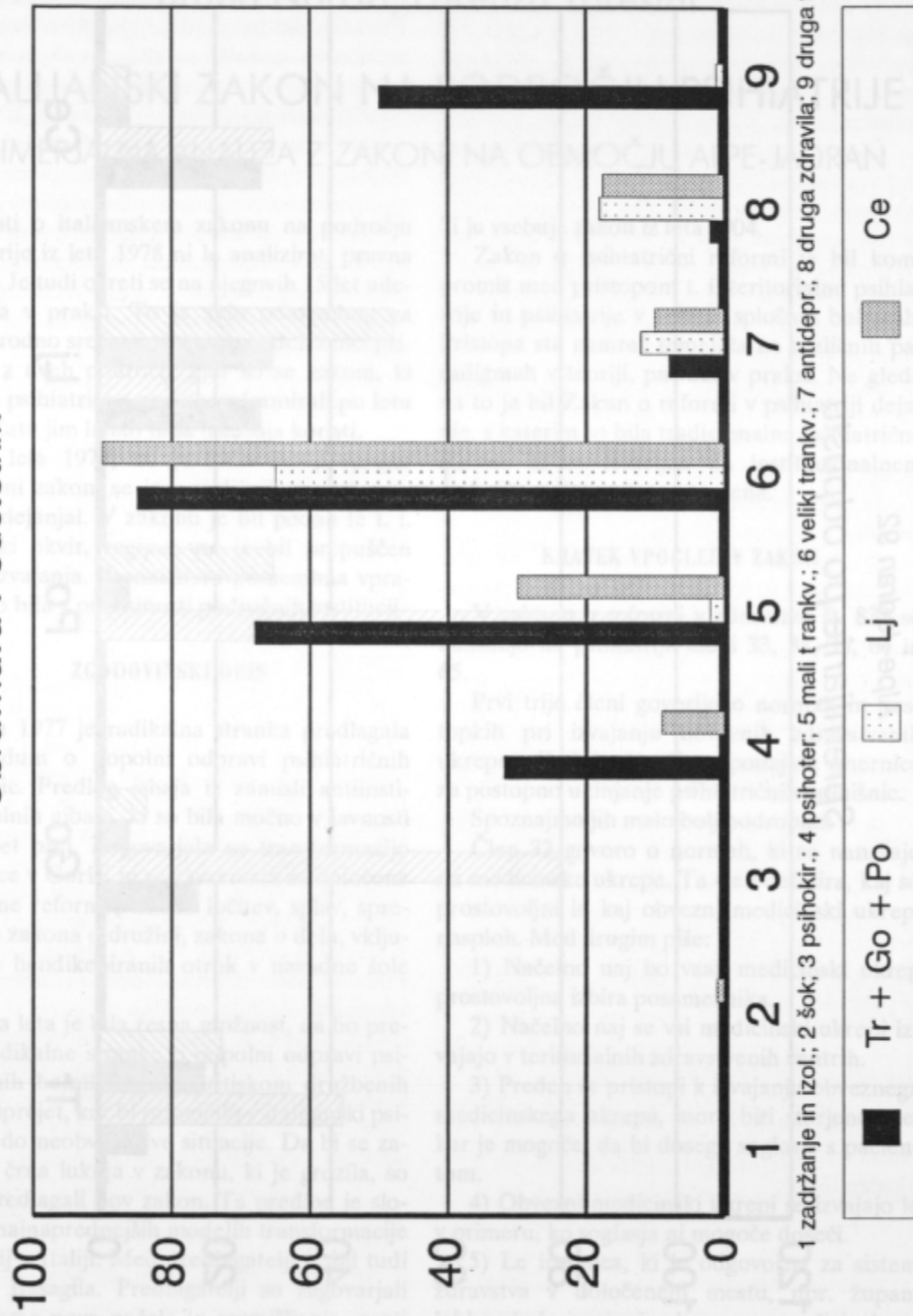


Tabela 9

# Multicentrična raziskava o prisilni hospitalizaciji

Alpe-Jadran 92

Obravnavava v odstotkih



1 zadržanje in izol.; 2 šok; 3 psihokir.; 4 psihoter.; 5 mali t rankv.; 6 veliki trunkv.; 7 antidepr.; 8 druga zdravila; 9 druga ter.

Tabela 10

# Multicentrična raziskava o prisilni hospitalizaciji

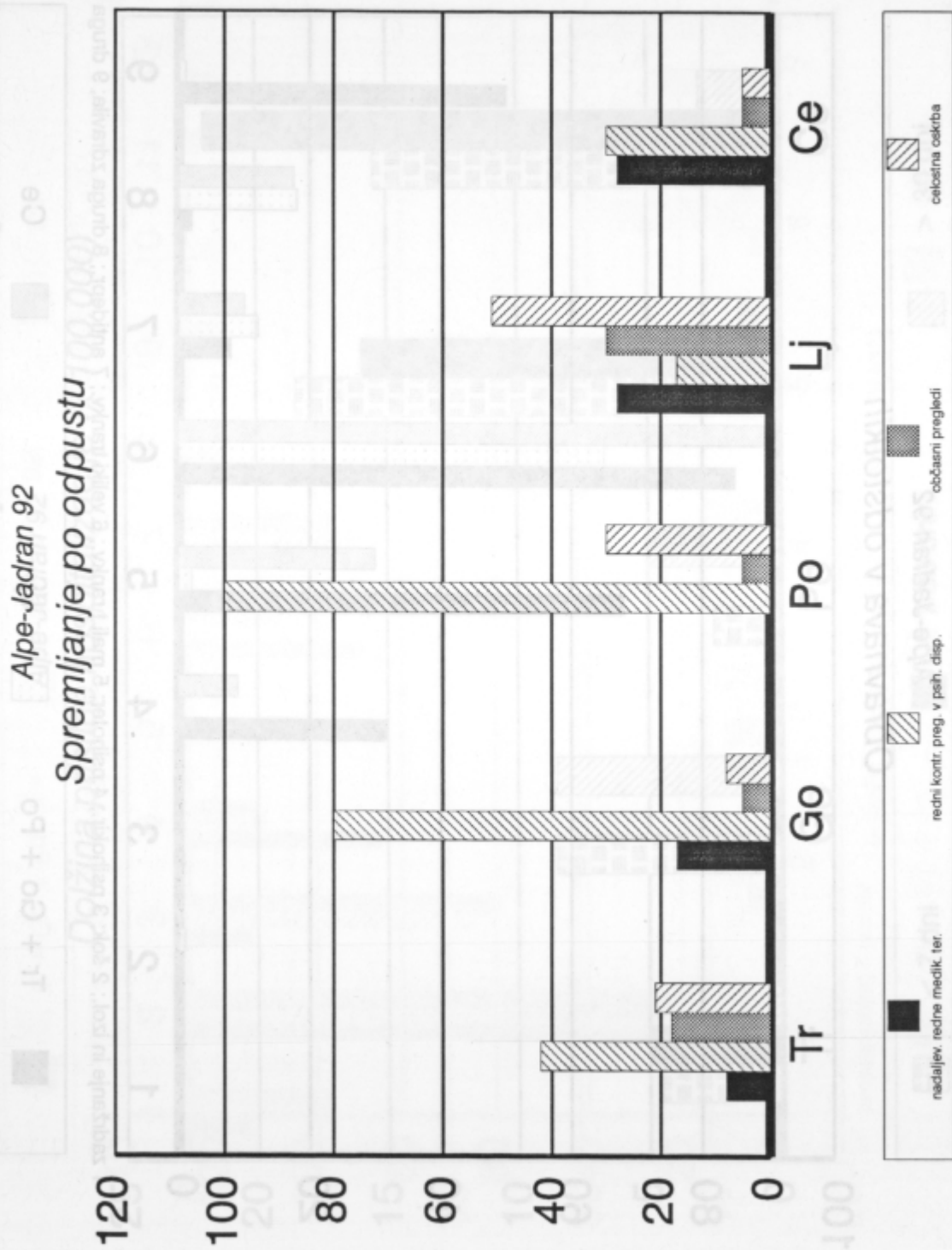


Tabela 11

Bruno Norcio, Lorenzo Toresini

## ITALIJANSKI ZAKON NA PODROČJU PSIHIATRIJE

### PRIMERJALNA ANALIZA Z ZAKONI NA OBMOČJU ALPE-JADRAN

Pisati o italijanskem zakonu na področju psihiatrije iz leta 1978 ni le analizirati pravna načela. Je tudi ozreti se na njegovih 15 let udejanjanja v praksi. To je zelo pomembno za mednarodno srečanje, katerega udeleženci prihajajo z dveh področij, kjer so se zakoni, ki urejajo psihiatrično prakso, reformirali po letu 1978. Zato jim lahko naša izkušnja koristi.

Od leta 1978, ko je bil v Italiji sprejet omenjeni zakon, se je v različnih regijah različno udejanjal. V zakonu je bil podan le t. i. zakonski okvir, regijam pa je bil prepuščen način izvajanja. Prenekatera pomembna vprašanja so bila v pristojnosti področnih institucij.

#### ZGODOVINSKI ORIS

Leta 1977 je radikalna stranka predlagala referendum o popolni odpravi psihiatričnih bolnišnic. Predlog izhaja iz zamisli antiinstitucionalnih gibanj, ki so bila močno v javnosti nekaj let prej. Zagovarjala so transformacijo norišnice v Gorici in se zavzemala za določene družbene reforme, kot so ločitev, splav, spremembe zakona o družini, zakona o delu, vključevanje hendikepiranih otrok v navadne šole itn.

Tista leta je bila resna možnost, da bo predlog radikalne stranke o popolni odpravi psihiatričnih bolnišnic pod pritiskom družbenih gibanj sprejet, kar bi pripeljalo v italijanski psihiatriji do neobvladljive situacije. Da bi se zapolnila črna luknja v zakonu, ki je grozila, so hitro predlagali nov zakon. Ta predlog je slo nel na najnaprednejših modelih transformacije institucij v Italiji. Med predlagatelji je bil tudi Franco Basaglia. Predlagatelji so zagovarjali popolnoma nova načela in razmišljanja, proti zapiranju in družbeni zaščiti pred nevarnostjo,

ki ju vsebuje zakon iz leta 1904.

Zakon o psihiatrični reformi je bil kompromis med pristopom t. i. teritorialne psihiatrije in psihiatrije v velikih splošnih bolnicah. Pristopa sta namreč temeljila na različnih paradigmah v teoriji, pa tudi v praksi. Ne glede na to je bil Zakon o reformi v psihiatriji dejanje, s katerim so bila tradicionalna psihiatrična načela, ki so temeljila na institucionalnem skrbništvu, dokončno presežena.

#### KRATEK VPOGLED V ZAKON

V zakonu o reformi v zdravstvu št. 833 se nanašajo na psihiatrijo člani 33, 34, 35, 64 in 65.

Prvi trije člani govorijo o normah in postopkih pri izvajanju obveznih zdravstvenih ukrepov. Zadnja dva člana podajata smernice za postopno ukinjanje psihiatričnih bolnišnic.

Spoznajmo jih malo bolj podrobno:

Člen 33 govoro o normah, ki se nanašajo na medicinske ukrepe. Ta člen definira, kaj so prostovoljni in kaj obvezni medicinski ukrepi nasploh. Med drugim piše:

1) Načelno naj bo vsak medicinski ukrep prostovoljna izbira posameznika.

2) Načelno naj se vsi medicinski ukrepi izvajajo v teritorialnih zdravstvenih centrih.

3) Preden se pristopi k izvajanju obveznega medicinskega ukrepa, mora biti storjeno vse, kar je mogoče, da bi dosegli soglasje s pacientom.

4) Obvezni medicinski ukrepi se izvajajo le v primeru, ko soglasja ni mogoče doseči.

5) Le instanca, ki je odgovorna za sistem zdravstva v določenem mestu, npr. župan, lahko ukaže izvajanje obveznega medicinskega ukrepa.

6) Obvezni medicinski ukrepi se lahko izvajajo v bolnišnicah le v primeru, ko jih praktično ni mogoče izvajati v teritorialnih zdravstvenih ustanovah.

7) Med izvajanjem obveznega medicinskega ukrepa je lahko pacient v stiku, s komer želi (advokat, osebni/na zdravnik/nica, sorodniki, prijatelji, drugi pacienti, pripadniki različnih združenj itn.).

Člen 33 nam še pove, da se koncept obveznega medicinskega ukrepa ne nanaša le na situacije, ko od posameznika ni mogoče dobiti soglasja, ampak tudi na situacije, ko obstaja neravnovesje med interesi družbe in interesom, da se zavaruje pacientova avtonomija.

Pravila pri izvajanju obveznih ukrepov v psihiatriji postavijo členi 34 in 35.

1) Obvezni ukrepi (OU) se lahko izvajajo na psihiatričnih oddelkih splošnih bolnic.

2) OU se nikakor ne smejo izvajati v psihiatričnih bolnišnicah.

3) OU morata izvajati dva psihiatra, zaposlena v javnem sektorju.

4) Poročilo o OU mora biti v 48 urah posredovano sodniku, ki je določen za pacientovega pravnega skrbnika. Ta mora odobriti poročilo. Le pod tem pogojem se lahko zdravljenje nadaljuje.

5) OU lahko traja največ 7 dni. Trajanje OU se lahko podaljšuje, vsakokrat le za 7 dni, s pisnim poročilom psihiatra, ki spremlja pacientov primer.

6) Omejitev svobode, ki je z izvajanjem OU vsiljena pacientu, vključuje tudi zdravljenje.

Člena 64 in 65 podajata smernice za postopno zapiranje psihiatričnih bolnišnic in preusmerjanje njihovih finančnih sredstev in stavbnih zmogljivosti. Izvajanje teh programov je prepuščeno regijam.

### NEKAJ KOMENTARJEV

Veliko je bilo že rečeno ali napisano o italijanski reformi zakona o zdravstvu. Poiščimo ključne točke:

#### VLOGA ŽUPANA

Zakon o strukturi zdravstvenega sistema v Italiji pravi, da je župan zadevnega mesta na čelu te strukture. Ima pooblastila, da ukaže

ukrepe, ki so potrebni za zavarovanje zdravja občanov. V njegovi pristojnosti je, na primer, omejitev prometa zaradi nevarnega onesnaženja zraka v mestu, ali ko je treba zapreti tovarno, ki nevarno onesnažuje reko ali morje. Župan lahko izda ukaz, da je treba osebo, ki je zbolela za nalezljivo boleznijo (npr. kolero), tudi proti njeni volji hospitalizirati in zdraviti.

Administrativno in izvršilno telo, ki v posameznem mestu ureja javno zdravstvo, je del mestne skupščine. To je lokalna (teritorialna) enota zdravstva (*Unita Sanitaria Locale*).

Dejstvo, da je zdravljenje duševnih bolezni kot pojem obravnavano le znotraj struktur zdravstvenega sistema, pomeni, da duševne bolezni niso več obravnavane kot problem širše, javne narave.

#### O KATEGORIJ NEVARNOSTI

Ko definira pojem OU in določa pogoje za njihovo izvajanje, zakon ne omenja besede nevarnost. To pa zato, ker nevarnost ni problem, ki bi pravno sodil med pristojnosti zdravstva. Tako je zdravstveni sistem razrešen dolžnosti policaja. Z nevarnostjo se ukvarjajo službe, ki skrbijo za javni red in mir. Lahko pa zdravstvene službe in policija sodelujejo.

Policija v primeru duševnih bolezni poseže šele potem, ko zdravnik že odredi OU, da bi zavarovala lastnino in pravice ljudi. Policija in sodišče torej osebi, ki je v zdravniški oskrbi (OU), ne morejo omejiti svobode na enak način, kot bi lahko sicer v primerih suma kaznivega dejanja.

Sodišče ne more več odobriti odredbe o "dokončni hospitalizaciji", kot je bilo v navadi v minulem obdobju. Pač pa lahko sodišče na zahtevo pacienta obravnava pritožbe zoper zdravniško odločitev o OU.

Duševna bolezen ni več obravnavana kot pravosodna kategorija. Seveda pa lahko preiskovalni in sodni organi posežejo, če duševno bolna oseba naredi kaznivo dejanje, kot bi sicer pri kateremkoli kaznivem dejanju.

#### RAVNOVESJE MED DRUŽBENO VARNOSTJO IN PRAVICAMI PACIENTA

V obdobju pred letom 1978 je zakon upošteval zlasti interese družbe, tudi če so bili v nasprotju z zdravjem in varnostjo pacienta.



Primarni cilj je bil odstranjanje duševno bolnih iz družbe. Nevarnost poslabšanja psihičnega ali telesnega stanja pacienta po izolaciji velja za neizogiben stranski pojav. Nekatere odredbe zakona na področju psihiatrije in italijanskega kazenskega zakona so bile formulirane tako, da so lahko določene družbene strukture izvajale pritisk na psihiatre in druge delavce v psihiatriji in izsiljevale jetništvo podobno hospitalizacijo za nekatere. Duševno bolna oseba je morala biti izolirana v psihiatrični bolnišnici. Če je zapustila bolnišnico (tudi če ji je izhod odobrilo osebje bolnišnice), je bila zakonsko obravnavana tako, kot da je na begu. Zdravniki in srednje medicinsko osebje so bili kazensko odgovorni. Določeni člani kazenskega zakona so se neposredno nanašali na odgovornosti osebja psihiatrične bolnišnice v primeru, da je pacient pobegnil.

Zakon iz leta 1978 odpravlja te člene, odpravlja možnost, da bi delavce v psihiatriji izsiljevali, in ne podpira več temeljnega namena norišnice. Novi zakon odpira pot za razvoj tistih pristopov v psihiatriji, ki spoštujejo pravico pacientov do ozdravitve in jih varujejo kot bolj nemočne subjekte. Zaradi zagovarjanja človekovih pravic se nekatere družbene skupine bojijo, da bo zakon določil pacientove pravice v nasprotju z družbeno samodefinicijo "normalnega".

#### USKLAJENOST MED OZDRAVITVIJO IN INTEGRACIJO

Reforma zakona o psihiatriji je vpeljala nove norme za OU v zdravstvu, za teritorializacijo psihiatričnih služb in za razporejanje lastnine bivših psihiatričnih bolnišnic. Posledica teh sprememb so bile mreže fleksibilnih in večnamenskih podpornih organizacij za intervencijo v primerih psihičnega trpljenja in pri njegovih dejavnih tveganja. Reforma je tako presegla posege kot izolacijo in prisilno premestitev, ki sta bili poglavitni metodi pozitivistične psihiatrije. Zakon o psihiatrični reformi 180/833 je torej poskus usklajevanja zdravljenja (tudi OU) in družbene integracije.

Zanimivo je spomniti na analogijo z zakonom št. 175 iz leta 1968, ki govori o integraciji hendikepiranih otrok v navadne osnovne in srednje šole.

V nasprotju z avstrijskim zakonom iz leta 1990 italijanski zakon ne vpelje vloge "pacientovega zagovornika". Razlogi za to so naslednji:

1. Zgodovinski: Zakonska reforma je bila rezultat delovanja psihiatričnih delavcev, ne uporabnikov.

2. Strukturni: Italijanski zakon iz leta 1978 določa zapiranje norišnic. Hospitalizacijo v psihiatrični bolnišnici celo prepoveduje. In čeprav je dovoljeno izvajati OU v Centrih za mentalno zdravje in splošnih bolnišnicah, je trajanje prisilnega bivanja v teh ustanovah minimalno. Avstrijska reforma iz leta 1990 in slovenska reforma iz leta 1986 še vedno dopuščata obstoj psihiatričnih bolnišnic. Če obstajajo zaprte psihiatrične institucije, je sistem zagovorništva smiseln, čeprav z njim ne bomo dosegli njihovega presejanja.

3. Italijanski zakon iz leta 1978 omogoča pacientu, da med izvajanjem OU komunicira s komerkoli, ne le s svojim odvetnikom.

#### KRATKA PREMERJAVA ZAKONOV Z DRUGIH DVEH PODROČIJ

*Slovenski zakon* je najbolj podoben tradicionalnim modelom in podpira prioriteto družbenih interesov pred pravicami pacientov kot ogrožene populacije. Poglejmo nekatera ključna dejstva:

1. Obvezno zdravljenje lahko traja največ eno leto, z možnostjo podaljševanja, vsakič za še eno leto.

2. Oseba, ki je prostovoljno v psihiatrični bolnišnici, ima enak pravni status kot oseba, ki je pridržana proti svoji volji. Pravni postopek in strokovna obravnava sta v obeh primerih enaka (zdravljenje na zaprtem oddelku).

3. Pacienti so hospitalizirani v klasični psihiatrični ustanovi. To potegne za seboj rabo tradicionalnih orodij in ritualov zdravljenja.

4. Ne obstaja sistem zagovorništva.

5. Po drugi strani moramo v ozadju psihiatrične bolnišnice zaznati stalno navzoče socialne programe. Obstaja mreža področnih služb, ki spremljajo pacienta po odpustu in so dobro povezane s psihiatrično bolnišnico. Organizacija take mreže lahko zagotovi učinkovito

nadaljevanje stika s pacienti. Na ta način je mogoče čez ozka grla, ki jih ustvarja privatna praksa. Pravzaprav je privatni sektor najbolj neučinkovit v ključni situaciji psihiatričnega zdravljenja, tj., pri vzdrževanju stika.

*Avstrijski zakon* je v nekaterih točkah naprednejši. Naštajmo dve:

1. Različen pravni status v primeru prostovoljnega zdravljenja in v primeru prisilnega pridržanja na zdravljenju.

2. Sistem zagovornišтва.

Njegove meje pa so videti:

1. Ponovna podpora azilarnim strukturam in vsem spremnim mehanizmom izrabljanja in razlastitve pacienta, ki je že v nestabilnem, kriznem stanju.

2. Izkrivljene procedure, namenjene zagotavljanju pacientovega varstva. Realno odpirajo možnost za zapletene situacije, ki pacientovega položaja ne izboljšujejo, ampak ga slabšajo. Nazoren primer je 3. točka 13. člena, po kateri mora odvetnik overiti, da pacient resnično prostovoljno soglaša z zdravljenjem. Če tega soglasja ni, mora odvetnik to prijaviti vodji oddelka. To točko lahko razumemo tako, da predpostavlja prehod s prostovoljnega

zdravljenja v obveznega, kar bi poslabšalo situacijo, v kateri se nahaja zavarovani pacient.

## SKLEP

Namen tega besedila je prispevati k pogovoru o razvoju medsebojne pomoči pri izboljšanju stanja v psihiatriji treh regij Srednje Evrope. To območje je imelo v kulturni zgodovini Evrope pomembno vlogo. V tem besedilu ugotavljamo, da je bila do obdobja med leti 1978 in 1990, ko so bile izpeljane reforme zakonov na področju psihiatrije, situacija v vseh treh deželah v temeljnih načelih homogena. Dominantna sta bila model zaprtih psihiatričnih institucij in paradigma, na kateri je ta model slonel. Reforme zakonov so pripeljale do veliko bolj pestrega stanja.

Analizirati tako večplastno realnost, kot je ta, in primerjati tako nehomogene podatke nama je bilo nadvse zanimivo. Najbolj presenetljiva pa je bil ugotovitev, kako nehomogen je bil zgodovinski in kulturni razvoj na območju, ki je v preteklosti kazalo kulturno in zgodovinsko homogenost.

Vito Flaker

## ANALIZA TVEGANJA

1

Analiza tveganja je postopek, ki se je razvil iz dvojne potrebe strokovnjakov, zlasti socialnih delavcev, ki so tako ali drugače odgovorni za varnost ljudi - in za nevarnost, da bodo ti ljudje ogrožali sebe ali druge. V večini zakonodaj je odvzemanje svobode ljudem v duševni stiski in zaradi nje pogojeno z nevarnostjo in grožnjo, ki da jo predstavljajo zase ali za druge.<sup>1</sup> Tako je npr. v Angliji pooblaščen socialni delavec zakonsko odgovoren za odločitve, ali mora kdo, za kogar obstaja sum, da je nevaren sebi ali drugim, v bolnišnico, ali pa se zanj poišče alternativo v skupnosti. Iz spoznanja, da diagnoza duševne bolezni ali ugotovitev, da je nekdo nerazumen, ne pomeni nujno, da je nevaren, je izšel imperativ, da je treba oceniti, kakšno je *konkretno tveganje*, da se bo človek znašel v situaciji, ki bo realno nevarna zanj ali za druge.

Drugič pa se potreba po analizi tveganja pojavi v službah, kjer je socialnim delavcem zaupana skrb za ljudi v skupnosti. Tu se pravzaprav soočajo z istim vprašanjem, le na nekoliko drugačen način. Tudi tu gre za vprašanje svobode, namreč, koliko je treba človeka omejiti pri gibanju, odločitvah itn., da ne bi ogrožal druge ali sebe. Ob premiku iz institucije v skupnost pa gre toliko bolj tudi za nadgradnjo tega vprašanja, v smislu, kako zmanjšati tveganje (ali zmanjšati škodljive posledice tveganega vedenja), ne da bi omejevali ljudi.

Premik od institucionalne k skupnostni skrbi pravzaprav pomeni tudi pozitivno artikulacijo vprašanja svobode, se pravi, kako omogočiti uporabnikom služb čimvečjo stopnjo produktivnega tveganja. Saj je tveganje eno prvinskih določil modernega človeka. Če nam ne bi bilo dovoljeno tvegati, bi se počutili le pol človeka. Tveganje (in z njim tudi neuspeh) je nujna sestavina našega življenja, ne le našega, ampak tudi naših strank. Navsezadnje: "Kdor riskira, profitira."

2

Poglavitna značilnost postopka analize tveganja je, da poskuša *ločeno* opredeliti in oceniti (a) grožnjo in (b) nevarnost, ki jo grožnja prinaša. Tako je npr. bananin olupek grožnja; nevarnost, ki nam grozi, pa je, da nam na njej spodrsne in pademo. Grožnja je torej nujen pogoj, da smo izpostavljeni nevarnosti, ne pa tudi zadosten pogoj, da se nam kaj pripeti. Se pravi: da nam spodrsne na bananinem olupku, mora biti na tleh olupek, vendar pa dejstvo, da je olupek na tleh, še ne pomeni, da nam bo na njem spodrsnilo. Oceniti moramo torej, kolikšna je verjetnost, da se nevarnost uresniči, če se ji izpostavimo s tveganim vedenjem. Na primer: vedno, ko nas preleti avion (grožnja), obstaja nevarnost, da nam pade na glavo, vendar iz statističnih podatkov vemo, da je verjetnost, da se bo to zgodilo, majhna. Po drugi strani pa vemo, da bomo, če bomo skočili

Esej je bil predstavljen na simpoziju Zveze društev za spodbujanje duševnega zdravja Alpe-Jadran o prisilni hospitalizaciji, nastal pa je na podlagi gradiva, ki ga je v okviru študija duševnega zdravja v skupnosti (projekt TEMPUS) predstavil Malcolm Fyfe, in primera, ki ga je avtor analiziral skupaj s sodelavci stanovanjske skupine Mavrična družina (pri društvu ALTRA - Odbor za novosti v duševnem zdravju, prej Odbor za družbeno zaščito norosti) ter predstavil slušateljem na Visoki šoli za socialno delo v Ljubljani.

<sup>1</sup> Žal pa je ponavadi slabo predvidena metoda, kako to nevarnost in tveganje, ki naj bi ju predstavljala, oceniti.

skozi okno v 12. nadstropju (grožnja), skoraj gotovo mrtvi (nevarnost).

Skratka, grožnja nevarnosti je v nekaterih primerih ugotovljiva dokaj natančno. Če imamo statistične podatke, lahko na njihovi podlagi precej natančno izračunamo stopnjo tveganja. Ko gremo na avion, se lahko, čeprav je občutek letenja vsaj za nekatere grozljiv, zmerom potolažimo, da po statistiki v letalskih nesrečah umre manj ljudi kot v avtomobilskih, in si rečemo: če me ni strah v avtu, kaj me bo v avionu. Vemo tudi, da ljudje, ki so etiketirani kot duševni bolniki, v povprečju naredijo manj nasilnih dejanj. Iz tega lahko izračunamo, da zgolj to, da je nekdo duševno bolan, ne pomeni, da je nevaren, prej narobe, v njegovi družbi se lahko počutimo varneje kot s kom, ki nima te nalepke.

Na žalost pa je večkrat tako, da statističnih podatkov ni na voljo. Takrat smo seveda prepuščeni zdravorazumskim ali tudi logičnim spekulacijam, kar pa je vseeno bolje, kot da bi kratko malo rekli: "Aut Cezar aut nihil." Stvari postanejo še bolj spekulativne, ko se lotimo zmanjševanja tveganja. Prednost analize tveganja, tudi ko nimamo empiričnih statističnih podatkov, je ravno v postopku razlikovanja med grožnjo in nevarnostjo, kar nam omogoči boljše razumevanje situacije tveganja.

## 3

Ugotovili smo torej, da imamo pri analizi tveganja dva elementa: grožnjo in nevarnost. Slednjo imamo za dogodek, izid, za katerega obstaja določena (empirična ali teoretična) verjetnost, da se bo pripetil (npr. verjetnost, da mi spodrsne na bananinem olupku). Verjetnost nevarnosti je tveganje, ki smo mu izpostavljeni, in tista količina, ki nas pravzaprav zanima. Saj ima nevarnost status dogodka in je statistično izmerljiva in izrazljiva. Grožnja pa nima tega statusa, (še) ni dogodek, ampak je le okoliščina, prej smo rekli pogoj, da se lahko dogodek zgodi. Količinsko pa lahko izrazimo tudi resnost in gostoto grožnje (več ko je bananinih olupkov na tleh, večja je verjetnost, da se bo dogodek - nevarnost - zgodil, višje ko je nadstropje, večja je nevarnost, da se bomo ob padcu ubili, itn.) Se pravi: čeprav grožnja ni

dogodek, ki bi nas zanimal, ima dve odločilni lastnosti, prvič, je pogoj, da do dogodka pride, drugič, je dejavnik, ki s svojo resnostjo in gostostjo veča ali zmanjšuje verjetnost dogodka-nevarnosti. Obstaja pa še tretja lastnost grožnje, ki je bolj kontekstualne narave. Grožnja je namreč *ključ* za razumevanje nevarnosti. Grožnja nas *vkluči* v svet nevarnosti in tudi narobe, vključi nevarnost v naš življenjski svet. Bodisi proaktivno, ko anticipiramo nevarnost, bodisi retrogradno, ko dogodek pojasnimo in katalogiziramo kot nevarnost te in te vrste. Ko na tleh opazimo bananin olupke, ta vsaj za hip ustvari situacijo tveganja, v kateri se bomo odločili bodisi, da se ji izognemo (po navadi), bodisi, da se z njo kontrolirano ali športno soočimo (bolj redko). Ali: ko treščimo po tleh, se ozremo in vidimo bananin olupke, se naše presenečenje uokviruje v ugotovitev, da smo padli na bananinem olupku.

Se pravi, grožnja je v analizi tveganja količinska vrednost (stopnja resnosti ali gostote), hkrati pa ima semiološko vrednost, saj je pokazatelj nevarnosti in ga na ta način vključuje v vsakdanji pomenski svet. V tem smislu lahko tudi celotno analizo tveganja razumemo kot vajo iz izračunavanja verjetnosti dogodkov (nevarnosti) in hkrati iz razumevanja življenjskih situacij.

## 4

Analiza tveganja je postopek, ki ga počnemo v vsakdanjem življenju takorekoč neprenehoma, čeprav se tega ne zavedamo vedno; ko prečkamo cesto, kupujemo avto, se zaposlimo v novi službi itn. itn. In seveda delamo "napake". Ne samo takih napak, da se odločimo "narobe", se pravi, da se pozneje izkaže, da smo imeli "smolo", da smo stavili na napačnega konja, in tudi ne samo takih, da določenim dejavnikom pripišemo drugačno težo, kot jo v resnici imajo, temveč da tako kot nasploh v življenju delamo različne okrajšave, logično napačne sklepe itn., ki nimajo toliko opraviti z vrednostjo verjetnosti samega dogodka (nevarnosti), ampak bolj odražajo kontekst dogajanja. Npr.: športnik zaradi občinstva zanemari nekatere dejavnike tveganja, ki bi jih na treningu upošteval. Prav te napake nas morajo



zanimati, ko se na področju duševnega zdravja in drugih oblik dela z ljudmi odločamo o usodi svojih strank.

Naj omenimo vtis, da se, ko smo v pokrovi- teljski ali starševski vlogi, glede tveganja nagibamo h konservativnosti in preveliki zaščiti varovancev. Kot starši npr. velikokrat omejujemo otroke pri podvigih, ki smo jih sami v njihovi starosti lahkega srca opravljali, ali pa jih še sedaj. Podobno velja za vzgojitelje, delavce v stanovanjskih skupinah, socialne delavce, medicinske sestre in zdravnike, ki varovancem ne dopuščajo dejavnosti, ki bi si jih sami brez pomisleka privoščili, če bi se znašli v enaki situaciji.<sup>1</sup> Protistrup za to so po navadi taktike zmanjševanja tveganja, ki jih izumljamo v pogajanjih z varovanci. Tako lahko na primer hči ostane na zabavi do jutra, če nas opolnoči pokliče, stanovalec lahko gre v mesto, če gre z njim prostovoljec, itn.

Kaj se tu dogaja? Zakaj se nam spremeni perspektiva, ko nam je delegirana odgovornost za dejanja nekoga drugega, ki je s tem aktom delegiranja izgubil moč odločanja in postal odvisen od nas? Poleg psihodinamičnih mehanizmov premoči lahko najdemo še najmanj dva odgovora. Prvič, v situaciji nismo udeleženi neposredno, ne vidimo je več kot spleta grožnje in realne nevarnosti, temveč je situacija za nas abstraktna (kajti iz nje smo abstrahirani), grožnja pa postane njen edini reprezentant. Tako npr. dveletnemu otroku ne priznamo polne sposobnosti in mu prepovemo hojo po morskem nabrežju, "ker bo padel noter". Zveza med grožnjo, nevarnostjo in tveganjem, ki je po svoji naravi probabilistična, se v našem rezoniranju spremeni v kvazi kavzalno. Mislimo

si: "Ker še ne zna dobro hoditi, bo padel v morje in utonil," namesto: "Lahko bi padel v morje in utonil."<sup>2</sup> Lahko bi rekli, da grožnja metonimizira celo situacijo tveganja.

Drugič, formalna odgovornost, ki jo imamo v tej vlogi, pogosto implicira psevdokavzalno zvezo med grožnjo, nevarnostjo in tveganjem. Kdor je odgovoren za drugega, namreč lahko reče ali misli: "Če boš to naredil, bom nosil posledice." Dejstvo, da obstaja med njegovim dejanjem in mojo odgovornostjo vzročna posledična zveza, zamegli verjetnostne povezave med grožnjo in nevarnostjo. Gotovost posledic, ki jih bom nosil, ker sem postal odgovoren za dejanja drugega, abstrahira verjetnostni moment in tako vzpostavi v anticipiranem razmišljanju vzročnost za nazaj. Ali, bolje rečeno, vzročna zveza med dogodkom in sankcijo postane vzrok za prepoved ali omejitev. In za našo diskusijo je pomembno, da se v tem procesu grožnja izenači z nevarnostjo.<sup>3</sup>

Ta del svojega razmišljanja lahko sklenemo z mislijo, da gre pri delgirani odgovornosti za razcep med subjektom (dejanskega) tveganja in subjektom odgovornosti. Bistvena razlika med njima je, da se subjekt dejanskega tveganja sooča z verjetnostjo nevarnosti, subjekt delegirane odgovornosti pa z abstraktno gotovostjo sankcije oz. posledice. Medtem ko prvi, kakorkoli napačno, tehta dobiček in nevarnost tveganja, se drugi sooča zlasti z negativnimi posledicami nevarnosti. Se pravi, da bi tvegala kdo, ki je v konkretnem primeru odgovoren za dejanja drugega, je potrebna precejšnja identifikacija s koristmi drugega, in narobe, bolj ko je kdo oddaljen od življenjske situacije drugega, bolj je situacija tveganja zanj abstraktna in

<sup>1</sup> Te vtise moramo kontrastirati s situacijami, ko nadrejeni, ravno narobe, izpostavijo podrejene tveganjem, ki bi se jim sami izognili. Primer za to je, na primer, ko oficir pošlje vojake v zelo tvegane vojaške akcije, ki se jih osebno ne bi rad udeležil, ali pa mu je to zaradi senioritete celo prepovedano. Podoben primer so t. i. biološke terapije v psihiatriji (EKT, psihofarmaki ipd.), kjer zdravniki, v nasprotju s psihoanalizo, terapije ne preskusijo na sebi. Primer iz družinskega življenja: starši za zadovoljitev svojih ambicij potiskajo otroke v psihične in fiziološke nevarnosti pretiranega športnega treninga ali drila, jih silijo k učenju glasbenih instrumentov ali k šolskim dejavnostim. Dejavnost opravljajo in tvegajo namesto nas oz. po našem naročilu in mi tudi tokrat nastopamo kot predstavniki neke določene družbene ustanove. V teh primerih je naš odnos do varovancev predvsem instrumentalen, v smislu doseganja določenih ciljev, medtem ko se v tem članku ukvarjamo zlasti s situacijami, kjer je naš odnos usmerjen v odločanje o tveganju in je varnost sama cilj našega delovanja.

<sup>2</sup> V zadnjih dvajsetih letih smo pričra rastočemu številu staršev, ki se pod vplivom ideologije permisivnosti in tega, da se otroci največ naučijo skozi izkušnjo, takim performativnim izjavam izognejo tako, da spremljajo otroke po nabrežju, v upanju, da ga bodo v zadnjem hipu obdržali ali skočili za njim (taktike zmanjševanja tveganja). Ni nam znano, ali je stopnja utopitev med otroci zaradi tega narasla ali padla.

<sup>3</sup> Tak način razmišljanja omogoča vodstvom totalnih ustanov včasih kar absurdne odločitve, ki *en gros* onemogočajo tveganje. Tako so menda v neki kasarni, potem ko je pijan vojak ponoči utonil v kasarniškem bazenu, bazen za več let izpraznili. Da ne bi še kdo utonil.



temu primerno bo večja tudi njegova konservativnost.<sup>1</sup>

## 5

Konservativnost nedvomno obstaja tudi pri odločitvah o prisilni hospitalizaciji v psihiatričnih bolnišnicah in podobnih ustanovah. Raziskave so pokazale, da angleški socialni delavci, ki so odgovorni za te ukrepe, v več kot polovici primerov omenjajo le grožnjo, ne pa tudi nevarnosti. Ugotovitev, na primer, da je kdo zbežan, dezorientiran, psihotičen, agresiven, paranoiden, je pogosto zadosten razlog za hospitalizacijo, ne da bi navedli, kakšno nevarnost prinašajo te grožnje. S poudarjanjem grožnje ne glede na nevarnost se je razmahnil pesimizem medicinskega modela, po katerem je pri bolzni pričakovati vse najhujše.

Že Scheff je opozarjal, da se zdravniki odločajo po načelu "bolje zdraviti zdravega, kot zanemariti bolnega". Ta model odločanja je v nasprotju z juridičnim, ki bi se ga dalo povzeti z maksimo "bolje oprostiti sto zločincev, kot kaznovati enega nedolžnega". Oba klasična modela kavzalne obravnave človeškega vedenja se ukvarjata s tveganjem svoje napake, s tem da vsak na svojem koncu odrežeta tveganje napačne odločitve. V tem smislu je postopek analize tveganja tudi paradigmatično pomemben, saj se izogne pesimizmu medicinskega modela in namesto kavzalne zveze vpelje probabilistično.

Vendar pa prednost analize tveganja kot modela, ki ga prinaša praksa socialnega dela, ni samo v priznavanju probabilistične zveze, temveč tudi v analizi situacije in koraku naprej od omejevanja k taktikam zmanjševanja tveganja. S tem se začne binarna delitev zaprt/svoboden razkrajati na niz taktik, vmesnih stopenj in kompromisov med poloma. Pomembna elementa, ki ju lahko vnese ravno socialno delo, sta pogajanje in zagovorništvo. Prispevata lahko k temu, da se tradicionalno konservativno pokroviteljsko odločanje pomakne k bolj tveganemu in takemu, ki omogoča subjektu

tveganja več človeškega dostojanstva.

Na naslednjih straneh bomo poskušali pokazati, kako smo (ne vedno posrečeno) uporabili nekatera zgoraj opisana načela.

## PRIMER K.

## 1

K. je mladenič, ki dokaj lahko naveže stike. Je zgovoren, uglajen, hkrati pa z žalostnim glasom zbudi pri sogovorniku nežen občutek, ki bi ga lahko včasih poimenovali sočutje. Je zelo ustrezljiv in sogovornika težko zavrne...

V stanovanjski skupini, kamor je prišel iz nekega zavoda, je v glavnem živel mirno življenje. Tisti, ki živijo z njim, pravijo, da se je v obdobjih, ko je bil v stanovanjski skupini (vmes so bila tudi krajša in daljša obdobja, ko je bil "zdoma"), vključeval v vsakdanji ritem gospodinjenja. Zlasti pohvalijo njegovo zanesljivost in pripravljenost za sodelovanje.

K. je večkrat izrazil željo, da bi bil kuhar ali natakar. Sodelavci pravijo, da je dovolj natančen in zelo kvalitetno opravi naloge, je pa počasen.

Ena izmed njegovih večjih težav so epileptični napadi. Tudi njegove nenapovedane poti so pripisovali tej bolezni.

Zmo v institucionalnem mlinu. Večina ustanov - in teh v K.-jevem ne tako dolgem življenju ni bilo malo - je rešila "njegov" problem tako, da ga je predala drugi. Tu gre za fenomen kukavičjega jajca, ki si ga podajajo, ker "ni za k njim". Od PMD, Slivnice, VDC, Idrije, vedno s posredovanjem CSD. Podobno se je dogajalo tudi v času, ko je živel v stanovanjski skupini in je bil v stiku s številnimi ustanovami, pa ga nobena ni vzela "za svojega".

Begi. Velik del K.-jeve zgodbe so "begi". Toda tej besedi se raje izognimo, saj tudi K. pravi, da ima pravico iti, kamor hoče. Morda bi lahko rekli, da gre za odhajanje domov. Saj so njegovi odhodi iz stanovanjske skupine po navadi zanihali, včasih tudi v istem dnevu, od Primorske do Štajerske, od Sežane do Ptuja.

<sup>1</sup> Gotovo fatalnost in ireverzibilnost nekaterih tveganj vpliva, da tudi dejanski subjekti tveganja uporabijo podobno psevdokavzalno logiko. Tako je npr. aids dosti bolj kot katera druga spolna bolezen vplival, vsaj v nekaterih krogih, na večji konservativizem v spolnih odnosih. Hkrati pa nas dejstvo, da večina ljudi še vedno uporablja prometna sredstva, čeprav so izidi nekaterih prometnih nesreč fatalni, opozarja na pomembnost kontekstualne (moralne) vrednosti grožnje, še zlasti, če to primerjamo z odzivi na nevarnost aidsa.

Na Gorenjsko ali Dolenjsko, pa tudi na Koroško ni nikoli "bežal". V to prostorsko shemo iskanja dóma padejo tudi Slivnica in sedanji zavod, sploh pa Francija, kjer živijo starši in od

Vemo torej, da so K.-jeva potovanja tvegana, vprašati pa se moramo, kaj dejansko tvega, s kakšnimi nevarnostimi se sooča. Predvidimo lahko naslednje pare groženj in nevarnosti:

Grožnja	Nevarnost
1 Rad bi se šel borit na Hrvaško	Da bi zašel na nevarno področje in da bi ga tam ubila ali ranila krogla
2 Ima epileptične napade	Nesreča pri štopanju
3 Neredna prehrana	Telesna izčrpanost, zmanjšana imunost, več epileptičnih napadov, zmedenost (psihotičnost)
4 Odvisnost od drugih, zmedenost	Poniževanje, zlorabe (spolne)

koder je pred leti, ko se je pričela njegova zgodba, zbežal. Gotovo je bila in še zmerom je boleča izkušnja, da ga starši, zlasti oče, odklanjajo.

Kot sem že zapisal, K.-ju ni težko vzpostaviti stikov in ima razpredeno mrežo stikov po JZ-SV osi Slovenije od Kopra do Ormoža. Večina teh stikov je sorodstvene, institucionalne ali cerkvene narave. Zaradi njegove ustrežljivosti so stiki večinoma neenakopravni. Nekateri so pokroviteljski, vrstniki pa so večkrat izkoriščevalski. Najbolj enakopravne stike, se mi zdi, je navezal z nekaterimi oskrbovanci v zavodu, preden je prišel v stanovanjsko skupino.

Na zadnjem potovanju se je oglasil pri psihiatru, ki ga pozna iz zavoda. Ker je bil vidno izčrpan in zmeden, ga je napotil v zavod. Sprva so se delavci stanovanjske skupine dogovorili z osebjem zavoda, da bo krajši čas tam, da si odpočije, pozneje pa se vrne v stanovanjsko skupino. Čez čas so se začeli nagibati k stališču, da se v stanovanjsko skupino ne bi več vrnil. Namreč, v zavodu naj bi bilo zanj bolj varno.

Pri odločanju o nadaljnjem zadržanju K.-ja v zavodu ali vrnitvi v stanovanjsko skupino je treba oceniti, kakšno je tveganje morebitnega življenja z več prostosti, kar zadeva nevarnost poškodb, v K.-jevem primeru zlasti poškodb samega sebe.

#### DISKUSIJA

Ad 1. Eden od pokazateljev rizičnega vedenja je K.-jeva želja, da se gre borit na Hrvaško. Nevarnost pri tem vedenju je, če ga vzamemo resno, da res zaide na nevarna področja in se tam rani kot civil ali kot vojak. Vendar lahko ocenimo, da je ta nevarnost majhna, saj je le malo možnosti, da bi ga sprejeli v vojsko, in tudi če bi ga sprejeli, je majhna možnost, da bi šel v boj, in tudi če bi se to zgodilo, je majhna možnost, da bi se na fronti poškodoval. Tudi če bi na nevarno področje zašel kot civil, je le majhna možnost, da bi ga kaj doletelo. Zmanjšani boji na Hrvaškem vse te verjetnosti še zmanjšajo. Sklep je, da je zelo majhna verjetnost, skoraj nična, da bi se mu zaradi tega vedenja v resnici kaj zgodilo.

Ad 2. Grožnja na K.-jevih potovanjih so epileptični napadi. Vendar pa je nevarnost, da bi se mu zaradi tega kaj zgodilo (npr. prometna nesreča), zelo majhna. Epileptični napadi bi pomenili večje tveganje, če bi bil K. voznik, kot sopotnik pa se ne sooča s kakšno posebno nevarnostjo. Verjetnost, da bo zaradi epileptičnega napada padel na cesto in bi ga kdo povozil, pa je zelo majhna.<sup>1</sup>

Ad 3. Naslednja grožnja K.-jevih potovanj je neredna prehrana in pomanjkanje denarja. Nevarnost, s katero se zaradi tega sooča, je

<sup>1</sup> O tem sklopu nevarnosti in grožnje smo v pogovoru z zdravnikom zvedeli, da je statistična nevarnost prometne nesreče voznikov z epilepsijo manjša od povprečne, hkrati pa nas je opozoril, da obstajajo glede epileptičnih napadov še druge nevarnosti. Žal v pogovoru nismo prišli tako daleč, da bi povsem razdelali te druge nevarnosti.

telesna izčrpanost, iz nje izhajajoča zmanjšana imunost in povečanje verjetnosti epileptičnih napadov, hkrati pa tudi večja zmedenost in odvisnost od drugih (zadnji dve nevarnosti bomo obravnavali kot nadaljni grožnji). Te nevarnosti se pojavijo, če je K. dalj časa na poti ali če so potovanja pogosta. V primeru, da bi osebe obeh ustanov opazili ta proces, bi se lahko dogovorili za okrevanje v zavodu.

Ad 4. Iz tretje grožnje smo izpeljali še naslednji par: odvisnost od drugih in zmedenost (dezorientiranost ali psihotičnost). Pri teh lahko izpostavimo nevarnosti, da ga bodo v takih situacijah poniževali in zlorabljali (tudi spolno). Tu smo sicer že izven strogega pojmovanja nevarnosti kot telesne ogroženosti, pa vendar. Na podlagi K.-jevih pripovedi lahko sklepamo, da se je to na njegovih potovanjih dogajalo, in lahko smo precej gotovi, da je velika nevarnost, da se bo še. Težava, ob katero tu trčimo, je, da je težko oceniti poškodbo, ki jo K.-ju povzročijo taki dogodki. Narava teh poškodb pa nas tudi nekako avtomatično pelje v tehtanje teh nevarnosti in morebitne škode z nevarnostmi in škodljivimi posledicami hospitalizacije, ki so približno istega registra.

#### MOŽNE TAKTIKE ZMANJŠEVANJA TVEGANJA

Ad 1. Glede na to, da je tveganje skoraj nično, se s tem vprašanjem ni treba kaj dosti ukvarjati.

Ad 2. Tudi tu smo ocenili, da je tveganje majhno. Zmanjšati bi se ga dalo še bolj, če bi K. bolj redno jemal zdravila, in tudi z zmanjševanjem nevarnosti pod 3.

Ad 3. Tveganje bi se zmanjšalo, če bi imel K. več denarja. K. bolj redni prehrani bi prispevalo tudi marsikaj, kar bomo omenili v naslednji točki.

Ad 4. Tveganje bi se zmanjšalo z večjo K.-jevo asertivnostjo. Zmanjšati bi se ga dalo tudi s krepitvijo mreže zanesljivih ljudi, na katere se lahko K. obrne in ki so mu pripravljene pomagati, in pa z mobilnostjo oseba, ki bi lahko v določenih situacijah hitreje posredovalo, če bi imelo na voljo prevozno sredstvo.

K. zmanjšanje vseh vrst tveganja bi prispevalo tudi načrtovanje potovanj (kot se je že začelo npr. z sporočanjem odhodov). Ob bolj načrtovanih potovanjih bi se dalo poskrbeti za

prehrano, pa tudi za to, da se zmanjša število stikov, v katerih bi lahko K. potegnil krajši konec.

#### EPILOG

Analiza tveganja, ki smo jo tu predstavili v skrajšani obliki, nam je sicer pomagala predstaviti naše videnje stvari v pogovoru s predstavniki zavoda, vendar v pogovoru o K.-jevi usodi ni bila odločilna. V prvem pogovoru psihiater, ki deluje v zavodu, ni bil dovzeten za našo argumentacijo in jo je zavrnil s pozicije statusne moči, češ, K. je bolan in on kot zdravnik je odgovoren zanj, svojo odločitev pa je tako ali tako dolžan argumentirati le zdravniku. Šlo naj bi namreč za medicinski problem, se pravi, za oceno bolezni in ne tveganja. Temu apriori negativnemu stališču, ki se ni spremenilo do konca pogovora, je sledil živahen pogovor tako o izhodiščih te vrste ocenjevanja kot tudi o konkretnem primeru in naši analizi. V trenutku, ko pišem ta esej, nekaj mesecev po pogovoru, je K. v obdobju preselejevanja nazaj v skupino.

Se pravi, na neki način je bila ta analiza zaradi pomanjkanja moči bolj vaja v slogu. Delavcem stanovanjske skupine bo koristila pri nadaljnjem delu s K.-jem. Mi pa lahko potegnemo iz nje določen pouk.

#### 7

Pouk, ki smo ga potegnili iz svoje vaje, je naslednji. Ponesrečeni prvi pogovor nas npr. uči o tem, kako pomembno je pri analizi tveganja upoštevati kontekst. Analiza tveganja je nujno povezana z analizo moči, hkrati pa daje validne argumente tistemu, ki je situacijah odločanja kronično šibkejši. Naprej nas uči, da "grožnja nasploh" postane bolj plastična, kompleksna in se razstavi na večje število parov grožnja-nevarnost. V našem primeru je postala grožnja beg/bolezen niz oprijemljivih situacij, v katerih smo lažje (gotovo pa tudi z napakami) ocenili raven tveganja. Za nekatere grožnje se je izkazalo, da so kljub resnosti grožnje realne nevarnosti zanemarljivo majhne (npr. potovanje na Hrvaško). Za druge se je izkazalo, da so obvladljive. Lahko smo razmišljali o taktikah zmanjševanja tveganja. Pokazalo se je, da

so dvojice grožnje-nevarnosti med seboj povezane in da je nevarnost, ki je povezana z grožnjo, hkrati grožnja neke druge nevarnosti. Tako lahko analizi tveganja sledi sestavljanje

(sinteza) taktik zmanjševanja tveganja v celovito strategijo. V našem primeru gre na strateški ravni za to, kako spremeniti beg v normalno potovanje.

Danilo Sedmak

## PRISPEVEK K UPRAVLJANJU IN ANALIZI PSIHOLOŠKE VSEBINE AKUTNE DUŠEVNE STISKE

V svojem 30-letnem delu na področju psihiatrije sem del skozi tri oblike pristopa k reševanju duševne krize.

I. *Klasični*. Prvih 10 let sem delal v klasični psihiatrični instituciji. Mislim, da na tem mestu, danes, ni treba poudarjati že dognane in vsem poznane analize o institucionaliziranih duševnem bolniku in o objektivizaciji njegove krize. O vsem tem je bilo že veliko napisanega. Nekateri kolegi so to sprejeli, drugi pa to še danes zavračajo.

Vsekakor se v klasični instituciji ne razpravlja toliko o duševni krizi, o pacientovem trpljenju, kolikor o njegovi diagnozi ali kvečjemu diferencialni diagnozi. Zato se tudi govori o tem ali onem shizofreniku, psihopatu ali distimiku ipd. Govori se tudi o njegovi nevarnosti, čemur je prilagojen ves psihiatrični aparat: zaprta vrata, zaprti oddelki, visoki zidovi, vestranska kontrola.

Spominjam se, kolikokrat so me bolničarji, ki so bili v skrbeh zame, opozarjali na zvonce kot klic na pomoč v primeru, če bi me psihiatrični pacient fizično ogrožil.

Besede "psihično trpičajo" ni v slovarju klasične psihiatrične bolnišnice.

II. *Transformacija*. Sledilo je obdobje transformacije psihiatrične bolnišnice do njene odprave.

Neverjetno, vendar resnično. Sam nisem mogel verjeti, kako so se začeli z rušenjem institucionalnih mehanizmov kazati pravi obrzi psihiatričnega pacienta. Shizofrenik, psihopat, distimik... so dobivali imena, identiteto, osebnost, značaj. O vzrokih, procesih, o nastanku psihične bolezni ali motnje pri posamezniku je bilo težko govoriti, ker so leta institucionalizacije marsikaj prekrila in na pravo obliče

duševne bolezni vržla plišče pozabe, izgube spomina. Ko so uginili sorodniki, prijatelji, ko je naš gost (tako smo ga, namreč, preimenovali, ko smo spreminili njegov pravni status od psihičnega zdravljenja k prostovoljnemu) izpustil stike z zunanjim življenjem, je čas hospitalizacije (ki je na oddelku, kjer sam delam, trajal od treh mesecev do 65 let) zakril temeljne motive in vzroke za prisilno zdravljenje. Zato je bilo nemogoče dognati in spregovoriti o vzrokih bolezni. Toliko bolj pa je bilo mogoče govoriti o pacientovih potrebah, ki so vedno naraščale in ki smo jih psihiatrični delavci spodbujali in poskušali zadovoljiti. Tako smo premaknili pacienta iz njegove stacionarnosti, katatonije, abuličnosti. Tako spodbujen gost nam je lahko sledil po poti svoje rehabilitacije od psihiatričnega pacienta prek gosta v navadno življenje. Duševna bolezen je stopila v ozadje.

Nekateri kritiki so nas obtoževali, da ne priznavamo duševne bolezni in nas označili za antipsihiatre, psihivrije, ki smo jo udejanjali, pa za antipsihiatrijo. Nič bolj znatnega! V nasprotju z gorliko ekipo, ki je postavila duševno bolezen v oklepaj, ni pa je zanikala, se je tržalka ekipe kljub videmu krepko spoprijela z duševno boleznijo in duševnim bolnikom. Pri tem si nismo delali iluzij, da smo rešili problem. Delali pa smo v prepričanju, in tega menja sem še danes, da se je z našo pomočjo, vztrajno, z našim pristopom k duševnemu bolniku (ki je med drugim težil k zadovoljivosti svojih starih in novih, fizičnih in psihičnih potreb) ta počutil boljše, da je bolje živel: najprej v instituciji in potem tudi v sami areni življenja. Govorim o približno tisoč psihiatričnih pacientov.

V tem obdobju se začnajo pojavljati tudi zametki izražanja psihičnega trpljenja. Ker





Danilo Sedmak

## PRISPEVEK K UPRAVLJANJU IN ANALIZI PSIHOLOŠKE VSEBINE AKUTNE DUŠEVNE STISKE

V svojem 30-letnem delu na področju psihiatrije sem šel skozi tri oblike pristopa k reševanju duševne krize.

I. *Klasični*. Prvih 10 let sem delal v klasični psihiatrični instituciji. Mislim, da na tem mestu, danes, ni treba ponavljati že dognane in vsem poznane analize o institucionaliziranem duševnem bolniku in o objektivizaciji njegove krize. O vsem tem je bilo že veliko napisanega. Nekateri kolegi so to sprejeli, drugi pa to še danes zavračajo.

Vsekakor se v klasični instituciji ne razpravlja toliko o duševni krizi, o pacientovem trpljenju, kolikor o njegovi diagnozi ali kvečjemu diferencialni diagnozi. Zato se tudi govori o tem ali onem shizofreniku, psihopatu ali distimiku ipd. Govori se tudi o njegovi nevarnosti, čemur je prilagojen ves psihiatrični aparat: zaprta vrata, zaprti oddelki, visoki zidovi, vsestranska kontrola.

Spominjam se, kolikokrat so me bolničarji, ki so bili v skrbeh zame, opozarjali na zvonec kot klic na pomoč v primeru, če bi me psihiatrični pacient fizično ogrozil.

Besede "psihično trpljenje" ni v slovarju klasične psihiatrične bolnišnice.

II. *Transformacija*. Sledilo je obdobje transformacije psihiatrične bolnišnice do njene odprave.

Neverjetno, vendar resnično. Sam nisem mogel verjeti, kako so se začeli z rušenjem institucionalnih mehanizmov kazati pravi obrazi psihiatričnega pacienta. Shizofrenik, psihopat, distimik... so dobivali imena, identiteto, osebnost, značaj. O vzrokih, procesih, o nastanku psihične bolezni ali motnje pri posamezniku je bilo težko govoriti, ker so leta institucionalizacije marsikaj prekrila in na pravo obličje

duševne bolezni vrgla plašč pozabe, izgube spomina. Ko so izginili sorodniki, prijatelji, ko je naš gost (tako smo ga, namreč, preimenovali, ker smo spremenili njegov pravni status od prisilnega zdravljenja k prostovoljnemu) izgubil stike z zunanjim življenjem, je čas hospitalizacije (ki je na oddelku, kjer sam delal, trajal od treh mesecev do 65 let) zakril temeljne motive in vzroke za prisilno zdravljenje. Zato je bilo nemogoče dognati in spregovoriti o vzrokih bolezni. Toliko bolj pa je bilo mogoče govoriti o pacientovih potrebah, ki so vedno naraščale in ki smo jih psihiatrični delavci spodbujali in poskušali zadovoljiti. Tako smo premaknili pacienta iz njegove statičnosti, katonije, abulicnosti. Tako spodbujen gost nam je lahko sledil po poti svoje rehabilitacije od psihiatričnega pacienta prek gosta v navadno življenje. Duševna bolezen je stopila v ozadje.

Nekateri kritiki so nas obtoževali, da ne priznavamo duševne bolezni in nas označili za antipsihiatre, psihiatrijo, ki smo jo udejanjali, pa za antipsihiatrijo. Nič bolj zmotnega! V naspotju z goriško ekipo, ki je postavila duševno bolezen v oklepaj, ni pa je zanikala, se je tržaška ekipa kljub videzu krepko spoprijela z duševno boleznijo in duševnim bolnikom. Pri tem si nismo delali iluzij, da smo rešili problem. Delali pa smo v prepričanju, in tega mnenja sem še danes, da se je z našo pomočjo, oziroma, z našim pristopom k duševnemu bolniku (ki je med drugim težil k zadovoljivti svojih starih in novih, fizičnih in psihičnih potreb) ta počutil bolje, da je bolje živel: najprej v instituciji in potem tudi v sami areni življenja. Govorim o približno tisoč psihiatričnih pacientov.

V tem obdobju se začenjajo pojavljati tudi zametki izražanja psihičnega trpljenja. Ker

smo bili psihiatrični delavci preveč zaposleni z zadovoljevanjem potreb velikega števila bolnikov, smo pojav izraženega psihičnega trpljenja sicer upoštevali, vendar se z njim nismo mogli poglobljeno ukvarjati. Psihično trpljenje pa se je z vso silo izrazilo in ob odpravi psihiatrične bolnišnice postalo naša prioriteta naloga.

III. *Teritorialna psihiatrija*. Kot alternativa klasični psihiatriji so na lokalnih območjih nastali Centri za mentalno zdravje. Tako smo se srečali z teritorialno psihiatrijo. V začetku smo imeli še vedno opravka s psihiatričnimi pacienti, gosti psihiatrične oskrbe, vendar vedno manj. "Kroničnost" je začela dobivati drugačne oblike: nič ni več statično, kronično, nespremenljivo, regresivno. Naš bivši pacient, potem gost, je postal uporabnik Centra za mentalno zdravje. Uporabniki pa smo vsi državljani: enkrat potrebujemo ta servis, drugič drugega, odvisno pač od trenutnih potreb. Da ne gre le za besedno igro, naj povemo, da se naši uporabniki poslužujejo našega Centra po svojih potrebah. V akutni fazi je lahko človek hospitaliziran, drugič pa je lahko v dnevni obravnavi in ima Center za socialni prostor, za kuhinjo, ali pa je naše oskrbe deležen na domu. Pri vsem tem ima njegova duševna kriza, njegovo trpljenje izrazito prednost. K temu je usmerjena naša skrb. O tem razpravljamo, vendar ne v izrazih psihiatričnih kategorij in klasifikacij bolezni, temveč v izrazih take vsebine: kaj mu je, zakaj joče, trpi, ne spi, je poln tesnob, strahu, živi v oblakih, se čuti preganjan, preganja druge... Ne glede na dejstvo, da bi za izoblikovanje prave diagnoze potrebovali šest mesecev, ta nikogar bistveno ne zanima. To je problem za akademsko razpravo. Nas zanima zlasti vprašanje, kako pomagati našemu uporabniku: medikamentozno, socialno, psihološko, družbeno, rekreativno, zaposlitveno, ekonomsko...

Nevarnost objektivizacije vedno obstaja, zato smo v Centru za mentalno zdravje v Nabrežini organizirali dnevna srečanja uporabnikov v akutni duševni stiski, ki so hospitalizirani, in tistih, ki so pri nas le v dnevni oskrbi ali v socialnem centru. Vsi so dobrodošli - tudi naključni gosti, ki niso uporabniki našega centra. Enkrat na teden so srečanja namenjena posebni tematiki: posameznikovemu

psihičnemu trpljenju. Pogovarjamo se o tem, kaj zanj pomeni njegova žalost, trpljenje, tesnoba, more... Pri teh pogovorih so naši uporabniki le subjekti, kjer vsak po svoje izraža čustva, opisuje svoje stanje, probleme, razlaga vzroke teh stanj, njihov potek, kako se je zdravil, kaj vse je poskusil, govori o svojih frustracijah in nezmožnosti, da bi sam rešil svoje probleme. Tu ne gre za klasificiranje trpljenja, temveč le za fenomenološki pristop, za opis osebnega stanja. Pri tem se kažejo določene značilnosti. Naj omenim nekatere:

1. Pomen telesnosti: velikanska večina naših uporabnikov se pri opisovanju svojih problemov opira na telesnost. Celó kažejo, kje jih tišči: pri srcu, v želodcu, grlu... Čeprav njihova težava nima prav nobenega opravka s telesnostjo, je telo nujna referenčna točka za vsak opis, za vsako doživetje. Skratka, brez telesa človek, ki psihično trpi, ne more, kar kaže na absurdnost dualizma telesnosti in duševnosti. (Zanimivo bi bilo raziskati, ali se tudi telesno bolni tako opirajo na psiho, ko opisujejo svoje bolečine in stanja.)

2. Individualno izražanje, opisovanje doživetij naših uporabnikov je izrazito individualistično, subjektivno. Izražanje je pestro, bogato, konkretno ali abstraktno (tu igra pomembno vlogo raven izobrazbe uporabnika). Kakršnokoli je že, to opisovanje vsem (uporabnikom in psihiatričnim delavcem) pomaga k boljšemu razumevanju človeka in njegovega trpljenja, zbudi kup novih asociacij in nam vedno znova dokaže, kako ozke so kategorije klasične psihiatrije. Hkrati (in zelo pomembno) je vse to opisovanje tudi katarzične narave.

3. Teritorialnost je jasen dokaz neadekvatnosti azilarne psihiatrije, ki je sicer prišla do genialnih vpogledov, spoznanj, vendar jih v zaprtih institucijah ni mogla uveljaviti. V mislih imamo kategorijo maničnosti, ki jo je fenomenologija dodobra analizirala, vendar le teritorialna psihiatrija ponudi svojemu maničnemu uporabniku prostor in čas, da se njegova maničnost pravilno izrazi, izčrpa in končno umiri. Njegov proces zdravljenja tako ubere drugačen ritem, ki mu omogoči bolj ali manj redno življenje in delo v domačem okolju.

Objektivizacija. Kljub načinu dela, ki teži k čimvečji subjektivizaciji, se ne moremo čisto

otresti tendence po objektivizaciji. Ne gre le za poklicno deformacijo, temveč tudi za institucionalno pogojenost. To nam je zelo jasno pokazala raziskava, ki smo jo pred kratkim opravili v Trstu.

Šlo je za epidemiološko raziskavo v slovenskih osnovnih šolah v Trstu, ki je zajela 760 otrok. Staršem in učiteljem smo dali na izbiro 71 lastnosti, da bi opisali svoje otroke oziroma učence. Lastnosti, ki so bile ponujene kot možnost, so bile npr.: je priden, marljiv, boječ, nagajiv... Pri raziskavi je sodelovalo 150 učiteljev in približno tisoč staršev (v glavnem mamic). Učitelji in starši so, neodvisno eni od drugih, podčrtavali lastnosti, s katerimi bi

najbolje opisali otroke. Rezultati kažejo na poklicno in institucionalno pogojenost. Medtem ko so se učitelji odločali najprej za vzgojne, pedagoške kvalitete, kot so: pozdravlja, je vljuden, itn., so bili starši pozorni na osebnostne kvalitete: je živahen, radoveden...

Sklep, ki ga lahko napravimo, je naslednji: glede na pogojenost zaposlenih v instituciji pri ocenjevanju uporabnikov je zelo pomembno, da ima uporabnik čim večjo pogodbeno moč in s tem možnost, da brani sebe, svojo svobodo in pravico do kvalitetnega zdravljenja. Le tako nas lahko prisili, da kot zaposleni ne izgubimo posluha za njegovo trpljenje.

rabljali Stari Grki, potem pa še številni filozofi (Kant, Hegel...). Pomen v katerem zbiranju uporablja besedo "fenomenologija". Izhaja iz dela Brentana in Husserla. Husserl je spravi fenomenologijo kot metodo, način približevanja spoznanja (ne znanja) o svetu, v katerem živimo.

Fenomen je tisto, kar spoznavamo kot lastno izkušnjo. Ta izkušnja je neposredna in se dogaja, preden jo spreminita refleksija in kategorizacija. Zato lahko rečemo, da je pre-refleksivna in predkategorizirna (Husserl).

Eidos (bistvo) določenega objekta je tisto, kar ostane nespremenjeno, medtem ko se oblikovne spreminjajo. To bistvo stoji pred konstruktivno teorijo in je po naravi intuitiven spogled, predpostavka (Husserl).

Intencionalnost je lastnost uma, ki je vedno usmerjen proti objektom, se vedno nagiba k nečemu, in ti nagibi imajo obliko ciljev in smenov (Derrida). Fenomenološki pristop je teleološki, ker zastavlja vprašanje "kaj" in ne "zakaj". Zavedati se pomeni zavestno se nečesa. To označeva zavedati, da proučevam samo sebe (Husserl). To pomeni biti odprt do sveta (Heidegger). Nosilec naše intencionalnosti je telo (Merleau-Ponty).

Intersubjektivnost je verjetno ključni koncept fenomenologije. Husserl, Sartre in številni drugi filozofi niso našli zadovoljivega odgovora na ta problem. Sartre meni, da je v naš potreba, da posedujemo druge osebe. Drugi so od hudita, kar jih ne moremo imeti. Če pa nam dovolijo, da jih posedujemo, postajajo vredni, da jih posedujemo. S tem se splošni

pristop od pripadnosti, ki je značilna za vsaj v intersubjektivni odnos, po možnosti volje. Duhar meni, da lahko ima vsaj odnos obliko srečanja, pogovora. Če menim, da je to vedno odnos "Jaz-Ti", ki je različni od odnosa "Jaz-To". "Jaz" je odnos "Jaz-To" se razlikuje od "Jaza" in odnosa "Jaz-To". Isteje, ki niso zmožni odnosa "Jaz-Ti", se obsajati na to, da posedujejo ali da so posedovani. Le na te ljudi se nanasa Sartrov razmišljanje. Dingswanga je uporabljal besedo "Mitwelt", da bi označil svet intersubjektivnosti, v katerem ljudje delimo svoje izkušnje.

V zvezi s povedanim je vredno omeniti Laingovo paradigmo intersubjektivnosti.



Naša intersubjektivnost ustvarjata tako interakcija kakor medsebojna izkušnja. V diadi obstajajo vsaj štiri razločnosti, ki jih je treba upoštevati. Ni "objektivnosti", ker ni objektov. "Subjektivnosti" se smotimo klasificirati v objektivne kategorije, pravi sodobni italijanski psihater Roberto Mazzina. Vse to je seveda zelo logično, vendar tradicionalna psihiatrija se vedno lovi tuhe z ribiško mrežo. Recimo, da je oseba B psihiatrični uporabnik. Tradicionalna psihiatrija bo premerila njeno/njegovo obnašanje na podlagi poznanih kategorij in zamudila neposredno izkušnjo soočanja z njim, in tako tudi zanemarila vpliv obnašanja osebe



Tanja Lamovec

## FENOMENOLOGIJA IN DUŠEVNO ZDRAVJE

### ZGODOVINSKI UVOD

“Fenomenologija” je beseda, ki različnim ljudem pomeni različne stvari. Prvi so jo uporabljali Stari Grki, potem pa še številni filozofi (Kant, Hegel...). Pomen, v katerem avtorica uporablja besedo “fenomenologija”, izhaja iz dela Brentana in Husserla. Husserl je zgradil fenomenologijo kot metodo, način pridobivanja spoznanja (ne znanja) o svetu, v katerem živimo.

*Fenomen* je tisto, kar spoznavamo kot lastno izkušnjo. Ta izkušnja je neposredna in se dogaja, preden jo spremenita refleksija in kategorizacija. Zato lahko rečemo, da je predrefleksivna in predkategorična (Husserl).

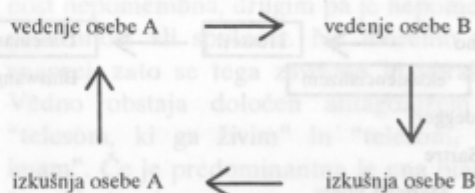
*Eidos* (bistvo) določenega objekta je tisto, kar ostane nespremenjeno, medtem ko se okoliščine spreminjajo. To bistvo stoji pred kakršnokoli teorijo in je po naravi intuitiven vpogled, predpostavka (Husserl).

*Intencionalnost* je lastnost uma, ki je vedno usmerjen proti objektom, se vedno nagiba k nečemu, in ti nagibi imajo obliko ciljev in namenov (Brentano). Fenomenološki pristop je teleološki, ker zastavlja vprašanje “čemu” in ne “zakaj”. Zavedati se pomeni zavedati se nečesa. To omogoča zavesti, da presega samo sebe (Husserl). To pomeni biti odprt do sveta (Heidegger). Nosilec naše intencionalnosti je telo (Merleau-Ponty).

*Intersubjektivnost* je verjetno ključni koncept fenomenologije. Husserl, Sartre in številni drugi filozofi niso našli zadovoljivega odgovora na ta problem. Sartre meni, da je v nas potreba, da posedujemo drugo osebo. Drugi so od hudiča, ker jih ne moremo imeti. Če pa nam dovolijo, da jih posedujemo, potem niso vredni, da jih posedujemo. S tem so zgubili

svojo temeljno lastnost - svobodo, ki jim omogoča, da se odločijo o lastni objektivizaciji. Vendar se posedovanje razlikuje od pripadnosti, kjer druga oseba vstopa v intersubjektivni odnos po svobodni volji. Buber meni, da lahko ima tak odnos obliko srečanja, pogovora. On meni, da je to vedno odnos “Jaz-Ti”, ki se razlikuje od odnosa “Jaz-To”. “Jaz” iz odnosa “Jaz-Ti” se razlikuje od “Jaza” iz odnosa “Jaz-To”. Ljudje, ki niso zmožni odnosa “Jaz-Ti”, so obsojeni na to, da posedujejo ali da so posedovani. Le na te ljudi se nanaša Sartrovo razmišljanje. Bingswanger je uporabljal besedo “*Mittwelt*”, da bi označil svet intersubjektivnosti, v katerem ljudje delimo svoje izkušnje.

V zvezi s povedanim je vredno omeniti Laingovo paradigmo intersubjektivnosti.



Našo intersubjektivnost ustvarjata tako interakcija kakor medsebojna izkušnja. V diadi obstajajo vsaj štiri razsežnosti, ki jih je treba upoštevati. Ni “objektivnosti”, ker ni objektov. “Subjektivnosti ne moremo klasificirati v objektivne kategorije,” pravi sodobni italijanski psihiater Roberto Mezzina. Vse to je seveda zelo logično, vendar tradicionalna psihiatrija še vedno lovi muhe z ribiško mrežo. Recimo, da je oseba B psihiatrični uporabnik. Tradicionalna psihiatrija bo premerila njeno/njegovo obnašanje na podlagi poznanih kategorij in zamudila neposredno iskušnjo soočanja z njim, in tako tudi zanemarila vpliv obnašanja osebe



IMPLIKACIJE NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA

B na svoje lastno obnašanje. Lahko rečemo le, da je paradigma tradicionalne psihiatrije primitivna in jo lahko premerjamo z Linéejevim sistemom klasifikacije v biologiji.

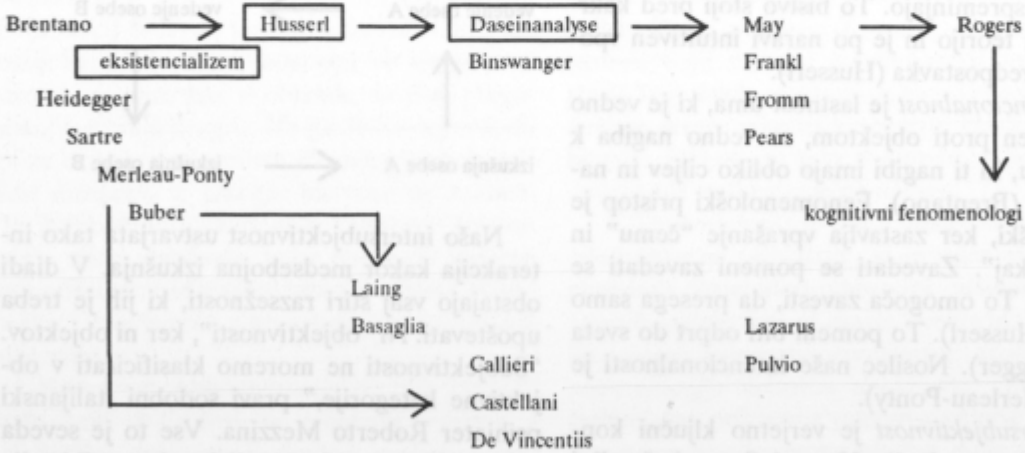
Tudi Laing je razvil metodo spoznavanja družinskih odnosov, ki temelji na dialektično fenomenološki metodi. Prvi dialektični gib (teza) je udeleženec, ki opazuje in se nahaja v družbenem polju družine. Ta ima nekje v ozadju zavesti svoje predpostavke in vplive, hkrati pa nanj vpliva medosebni proces, ki mu je priča. Potem se kar naenkrat pojavi nasprotje med iztočnicami njegovih predpostavk in realnostjo, ki jo opazuje ali čuti. To je znak, da je treba narediti naslednji gib (negacija). Opazovalec se umika iz polja dogajanja, sedaj je sam s seboj. V njemu se rojeva nov vpogled ali mogoče nova predpostavka. Sledi tretji gib (negacija negacije), ko se opazovalec vrne v polje dogajanja z novim spoznanjem. Zdaj opazovalec vidi polje medosebnih dogajanj v novi luči.

Eksistencializem je prevzel fenomenološko metodo. Vsi eksistencialisti so fenomenologi, vendar niso vsi fenomenologi eksistencialisti.

Na spodnjem diagramu avtorji na desni strani kažejo vse manj primesi eksistencializma. Rogers, na primer, ne izhaja iz eksistencialističnih postavk, čeprav je fenomenolog.

Drugo osebo moramo razumeti kot osebo in je ne smemo meriti kot objekta. Njena/njegova opažanja in občutke naj bi ovrednotili kot primeren del njene/njegove izkušnje. Najpomembnejše orodje zdravljenja je medsebojno soočanje. Posledica izogibanja ali nesposobnosti, srečevati druge osebe na ravni "Jaz-Ti", so lahko zelo različne motnje. Vloga tistega, ki pomaga, je, da pripelje do okoliščin, ki omogočajo tako soočanje. Ni načina, da to naredi kdo drug. Soočanje je kreacija obeh udeležencev, in volja, da se zgodi, ne zadošča. Buber pravi, da je to usmiljenje. Tisti, ki pomaga, mora biti odprt do uporabnika na način, ki uporabnika ne ogroža, in mora biti navzoč z vsem svojim bitjem.

Tukaj je pomembno omeniti, da je sočanje izvorna človeška izkušnja in ne prenos (transfer). Lahko so prisotni elementi projekcije notranjih naravnosti/občutkov uporabnika, npr. do staršev. Vendar te projekcije v fenomenologiji niso bistvene. Od uporabnika se ne zahteva, da je sposoben prenosa. Vsak je v določenih okoliščinah (zunanjih in notranjih) potencialno sposoben soočanja.



Fenomenološki pristop ni terapija v psihodinamskem pomenu besede, zato ne potrebujemo prenosa, da bi ga razložili. Ne obstajajo razlage. To ni terapija, to je oblika učenja, izkustvenega učenja vzpostavljanja odnosa "Jaz-Ti". Besede jemljemo v njihovem neposrednem pomenu, brez skritih pomenov. Kdor pomaga, uporablja parafraziranje, da bi se prepričal, ali je uporabnika pravilno razumel in da mu da vedeti, da je navzoč z vso pozornostjo. Pomembna je empatična sposobnost, faktografsko znanje ni uporabno. Najpomembnejša je lastna izkušnja. Moje opažanje je, da je mogoče zlahka naučiti bivše uporabnike, da obvladajo to tehniko pomoči.

Obstaja nekaj razsežnosti izkušnje, ki zahtevajo posebno pozornost. To so: odnos do lastnega telesa, odnos do samega sebe, odnos do svojega družbenega sveta, perspektiva časa, perspektiva prostora, odnos do smrti, posebnosti v gibanju, cilji in smisel življenja itn.

Oglejmo si bolj podrobno odnos do telesa. Pomembne raziskave tega odnosa je prispeval francoski filozof eksistencialistične smeri Merleau-Ponty. Meni, da naše telo ni le ena izmed stvari, ki nam pripadajo. Moje telo je moje na drugačen način kot druge stvari, ki mi pripadajo. To ni "objektivno" telo, ki ga proučujejo anatomi. Moje telo me povezuje s svetom, izvaja vse za to potrebne prenose. Moje telo me odpira proti svetu in mi omogoča komunikacijo z njim, pa tudi manipulacijo. Moje telo je središče moje subjektivnosti. Sesutje mojega odnosa do telesa povzroči krizo, ker ne morem več navzven izraziti svoje subjektivnosti. Živeti v svetu pomeni biti človek. V trenutku razpadanja tega odnosa izginja možnost intersubjektivnosti. To stanje se razlikuje od samote ali osamljenosti. Biti sam predpostavlja poprejšnje stanje "biti skupaj", ki je še vedno potencialno dosegljivo. V psihozi ni nikogar, celo tistega ne, ki naj bi bival v tem telesu.

Doživljanje svojega telesa vključuje tako zavedanje sebe kot subjekta kakor tudi kot objekta. V prvem primeru je to "telo, ki ga živim" (*il corpo vissuto*), v drugem primeru je to "telo, ki ga imam" (*il corpo che ho*). Pri navadnem stanju zavesti se nahajamo nekje vmes, med skrajnostma. Zavedanje le enega izmed ekstremov je dosegljivo v okoliščinah, ki jih

imamo za bolezenske. Pri spolnem aktu, na primer, smo istočasno in subjekt in objekt, toda ne v skrajni meri.

Refleksivna zavest izostrilno izkušnjo "telesa, ki ga imam", predrefleksivna zavest pa izkušnjo "telesa, ki ga živim". "Telo, ki ga imam" lahko opišemo tako: telo, ki je obstajalo pred menoj; lahko ga gledam od zunaj, lahko sem odsoten/tna iz njega, lahko ga opazujem in raziskujem, lahko ga obravnavam glede na različne funkcije, lahko si ga podredim itn. "Telo, ki ga živim" pa lahko opišemo tako: bivam v svojem telesu, ne morem biti odsoten/tna iz njega, ne morem ga gledati od zunaj itn.

Naše telo je vedno tudi spolno telo. Elementi spolnosti obstajajo v vseh medosebnih odnosih. Fenomenologija poudarja vključevanje spolnosti v bivanje-v-svetu osebe. Le v spolnem aktu pride do združevanja "telesa, ki ga imam" in "telesa, ki ga živim" v nerazdružljivo celoto. Vendar je spolnost le ena izmed oblik bivanja v svetu. Za nekatere je osrednja (kot učijo psihoanalitiki), za druge periferna. Tisti, ki pomaga, naj ne bi imel nobenih predhodnih mnenj ali teorij o pomembnosti spolnosti ali katerekoli druge potrebe. Ne obstaja trdna hierarhija potreb (kot pravi humanistična psihologija), ki bi jo lahko upoštevali kot model za vse. Obstajajo ljudje, ki jim je varnost nepomembna, drugim pa je nepomembna navezanost ali spolnost. Ne moremo vedeti vnaprej, zato se tega zavejmo in vprašajmo. Vedno obstaja določen antagonizem med "telesom, ki ga živim" in "telesom, ki ga imam". Če je predominantna le ena plat, smo že pri boleznih.

Pri depersonalizaciji, na primer, navadno obstaja izkušnja, da je "telo, ki ga imam", razpadlo. Oseba ne čuti telesa kot svojega. Po drugi strani pa lahko tudi preveč opazovanja samega sebe odpelje v depersonalizacijo. Pri hipohondriji oseba preveč poudarja "telo, ki ga imam". Preveč pozornosti se usmerja v opazovanje telesa, iščoč bolezen. Pri anoreksiji je poudarjen pojavni vidik telesa (kar je le eden izmed vidikov "telesa, ki ga imam"). Pojavni vidik telesa tako zapolnjuje luknjo, nastalo zaradi pomanjkanja čutenja telesa.

Izkušnja časa in prostora sta drastično spremenjeni pri depresivnih motnjah in maniji.

Pri depresivnih motnjah je svet ozek, prostorsko in časovno. Oseba ne more ven. Oseba z depresivno motnjo je preveč v "telesu, ki ga živim", nesposobna narediti odmik iz telesa, ga objektivizirati. Zato se taka oseba počuti težko, omejeno, nezmožno razmejiti sebe od svojega telesa. Namesto da bi objektivizirala telo, prinaša v telo sebe v celoti. Popolnoma se poistoveti s svojo težo, počasnostjo in utrujenostjo. Pomanjkanje entuziazma in nezmožnost, da bi se izrazila v prostoru in času, izhajata iz te temeljne nerazdružljivosti telesa in uma.

Pri maniji je problem načelno enak. Telo in um se ne moreta oddaljiti, čeprav ju človek doživlja kot lahka in hitra. Ne obstaja objektivna perspektiva telesa ne kateregakoli drugega objekta. Intencionalnost je zgubljena in z njo možnost izražanja v zunanjem svetu. Pri maniji oseba ne poseduje več svojega telesa in je lahko popolnoma odvisna od okolice. Medtem ko človek z depresivno motnjo ni zmožen srečati drugih, ker je preveč zaprt, manična oseba tega ni zmožna storiti zaradi prevelike odprtosti. Manična oseba je torej nezmožna stopiti v stik, ampak je vsesana vanj, njene meje pa so zgubljene. Vendar brez mej ne more priti do soočanja, ker obstaja le nič. Tak človek preveč izstopa iz samega sebe, nezmožen ostati znotraj svojih meja.

Pri shizofreniji je najpogostejše psihološko dogajanje umik iz sveta in njegovo zavračanje. Svet se zdi zelo zapleten, pogosto izkrivljen, razdeljen, prepoln nasprotij, nepredvidljivosti in neodločnosti, nejasnosti. V zmedenosti se zgublja tako intencionalnost kot zmožnost razlikovanja med pojavnimi oblikami. Lahko se pojavijo tudi motnje gibanja, ki kažejo na nezmožnost odločanja. Vsak gib odslikava intencionalnost. Če kaj zavira intencionalnost, hkrati uničuje možnost soočanja z drugo osebo in tudi možnost manipulacije sveta. V skrajnih primerih (katatonični stupor) zavlada popolna nezmožnost zgraditi in obdržati meje; oseba se lahko počuti zelo ogrožena že zaradi pogleda ali glasu drugega človeka. Če bi spregovoril o svojem doživljanju, bi ga imela okolica za bolnega in ga zato ne bi jemala resno. Pa vendar je opis te izkušnje dragocen in popolnoma razumljiv, če upoštevamo različno pozicijo

bivanja-v-svetu takega človeka. Ker pa taka oseba ne zaupa okolici, kot v zgoraj navedenem primeru, se še naprej umika vase.

Zmedenost je nezmožnost, zbrati vse obstoječe cilje v neprotislovno celoto. Zmedena oseba se ni zmožna odločati. Svet je zanjo negotov, nejasen, z zelo malo komunikacije. Posamični trenutki v času niso povezani.

Fenomenologija poudarja, da vsi ti fenomeni pripadajo osebi in ne njeni bolezni. So posledica zgrešenega soočanja, številnih zgrešenih soočanj. To niso simptomi, to so znaki, ki kažejo pozicijo bivanja osebe, pa tudi na njen odnos do te pozicije.

Koristno je razlikovati idejo procesa od ideje funkcije, kot počnejo fenomenologi. Proces je niz dogodkov v določenih bioloških pogojih, ki se ga da vzročno razložiti in ki ne vsebuje ne cilja ne smisla.

Iz fenomenološkega zornega kota je videti, da vsa bolezenska stanja izhajajo iz izgube zmožnosti intersubjektivnosti ali intencionalnosti. V takih primerih se človek srečuje z nemogočo izbiro: odtujevanje ali postvarjanje (spremeniti se v stvar, čisti objekt). V obeh primerih se je človek prisiljen odpovedati samemu sebi. Ne more več manipulirati sveta. Ne more se več srečevati z drugimi ljudmi. Če določena dejanja psihotičnih ljudi pogledamo iz tega zornega kota, nam številna dejanja, opredeljena kot bolezenska, postanejo razumljiva. Raziskovanje svojih dlani ima pri psihotičnem človeku globok pomen. Ima ga tudi dejanje človeka, ki si sežiga dlani z cigareto, da bi vsaj za hip začutil telo, ki ni več njegovo, telo, ki ga je zapustil. Ali, na primer, človeka, ki nenehno sprašuje samega sebe in okolico, ali je še živ. V eksistencialnem smislu je že mrtev, kar je ostalo, je njegov organizem. Iz fenomenološke perspektive ima tako dejanje (ne vedenje) svoj smisel; kar je z mojega vidika tvoje obnašanje, je s tvojega vidika dejanje!

Bolezensko stanje izhaja iz določenega primanjkljaja v izkušnjah. Osebi manjka občutek, kako je to, ko te drugi spoznajo. Tega se človek nauči le v neposrednem stiku. Biti spoznan je pogoj, da spoznaš samega sebe. Če svet za nas ne ve, doživljamo zmedenost. Ko da smo kaj izgubili. Prvo, kar izgubimo, smo sami. In tako vstopamo v svet, kjer ni nikogar in kjer ni

ničesar. Nihče ne more živeti v takem svetu. Mehanizmi uhajanja iz njega so številni in jih hitro najdemo, ampak to situacijo le še poslabša, ker pelje v nadaljnje postvarjanje, ki ga izvajajo poklicni pomočniki tradicionalne psihiatrije.

### KAJ LAHKO PRIČAKUJEMO OD FENOMENOLOGIJE

#### A. KOT METODA SPOZNAVANJA:

1. Spoznavanje izkušnje, bolezenske in normalne, kar je pogoj, da postanemo zmožni pomagati drugemu.
2. Metoda je primerna za soočanje z ljudmi v duševni stiski.
3. Metoda opisuje in ne klasificira, tako da je vsaka oseba le svoja, edinstvena.
4. Ponuja alternativo medicinskemu modelu tradicionalne psihiatrije.
5. Spodbuja nenehno zavedanje o svojih

predpostavkah, kar je varnostni ventil za slepilo "objektivnosti".

#### B. KOT IZKUSTVENO UČNO POMAGALO:

1. Soočanje, srečevanje, odnos jaz-ti, pozitivno vrednotenje subjektivne izkušnje.
2. Ni potrebe po klasičnih diagnostičnih merilih, ki stigmatizirajo in kategorizirajo.
3. Predpostavlja, da je bolezenska motnja motnja bivanja-v-svetu osebe in ne motnja znotraj osebe kot izolirane enote.
4. Primerna je za psihotične osebe.
5. Osebe ne gledamo iz perspektive določene teorije, ampak skozi njene lastne oči.
6. Pomočnik ni zrcalo, ampak je človeško bitje.
7. Pomočnik ni "subjekt, ki naj bi vedel". Dejstvo je, da ne ve, ampak bo zvedel.
8. Pomočnik ne išče skritih pomenov, ne ponuja tolmačenj, kar zmanjšuje možnost, da se moti.

### Literatura:

- BASAGLIA, F. (1981). *Scritti 1953-1968. I. Dalla psichiatria fenomenologica all' esperienza di Gorizia*. Torino: Giulio Einaudi.
- BELLO, A.A. (1982). *L'oggettività come pregiudizio*. Roma: La goliardica editrice.
- BUBER, M. (1961). *Between Man and Man*. London: Fontana Library.
- BUBER, M. (1977). *Ja i ti*. Beograd: Vuk Karadžič.
- CALLIERI, B., CASTELLANI, A., DE VINCENIS, G. (1972). *Lineamenti di una psicopatologia fenomenologica*. Roma: Il pensiero scientifico.
- LAING, R. D. (1965). *The Divided Self*. London: Penguin.
- LAING, R. D. (1969). *Self and Others*. London: Penguin.
- LAING, R. D., COOPER, D. G. (1964). *Reason and Violence: A Decade of Sartre's Philosophy 1950-1960*. London: Tavistock.
- LAING, R. D., ESTERSON, A. (1964). *Sanity, Madness and the Family*. London: Penguin.
- LAING, R. D., PHILLIPSON, H., LEE, A. R. (1966). *Interpersonal Perception*. London: Tavistock.
- LYOTARD, J. F. (1969). *La fenomenologie*. Paris: Presses universitaires de France.
- OPALIĆ, P. (1988). *Egzistencialistička psihoterapija*. Beograd: Nolit.
- PODVOLL, E. M. (1990). *The Seduction of Madness. The Revolutionary/Compassionate Approach to Recovery at Home*. London: Century.
- VAN DEN BERG, J. H. (1961). *Fenomenologia e psichiatria: Introduzione alla moderna psicopatologica*. Casa editrice Valentino Bompiani.







Vesna Švab, Nace Kovač

## SKUPNOSTNA SKRB ZA OSEBE S PSIHOZO

### IZHODIŠČE

Ugotavljamo, da uporabniki psihiatričnih služb, zlasti tisti z globokimi duševnimi motnjami, nimajo ustreznih možnosti za rehabilitacijo, to je, za vračanje na raven svojega delovnega in socialnega funkcioniranja pred prebolelo boleznijo.

V našem okolju nismo imeli zunajbolnišničnih skupnostnih služb, to je, psihosocialnih služb med psihiatrično bolnico (hospitalizacijo) in vsakdanjim življenjem (skupnostjo), kakršne so dnevni centri, krizne in svetovalne službe, stanovanjske skupnosti, pomoč na domu, in emancipacijskih formacij kakor kulturnih gibanj, interesnih skupin ter samoorganiziranja za določene cilje (1), ki bi zagotavljale tako podporo, da bi bila lahko vključitev v skupnost enakopravna in da bi lahko zadostili načelom normalizacije (2).

Delavci v psihiatričnih in socialnih službah imamo zunaj institucije malo možnosti, da bi ponudili uporabnikom psihosocialnih služb možnost izbire pri rehabilitaciji in pomoči.

### V BOLNIŠNICI

je osebje preobremenjeno z delom. Zaradi pomanjkanja sester je njihova vloga v procesu zdravljenja in rehabilitacije omejena na nego bolnikov, čeprav so usposobljene za kompleksnejša terapevtska opravila. So slabo plačane, stigmatizirane podobno kot pacienti in niso motivirane za delo v skupnosti.

Psihiatrično delo je omejeno na redke, navadno mesečne kontrolne preglede. Krize in poslabšanja bolezni se največkrat razrešujejo v bolnišnici, odkoder lahko le malo vplivamo na okolje, v katerem je do poslabšanja bolezni prišlo.

Zaradi enostranske obravnave ne zdravstvene-psihiatrične stroke ne ustanove zunaj tega zaprtega sistema niso razvile svoje teorije in prakse.

### CENTRI ZA SOCIALNO DELO

- dolga leta edini nosilec strokovnega socialnega dela v lokalni skupnosti - v institucionaliziranem socialnem prostoru odgovarjajo na probleme duševnega bolnika tako, da stran-ko, za katero domnevajo, da je duševno bolna, nemočno usmerjajo nazaj v psihiatrične službe.

Osebe z izkušnjo dolgotrajne hospitalizacije v psihiatrični bolnišnici na centru za socialno delo ne najdejo ustrezne pomoči in svetovalcev, ki bi bili za to delo ustrezno strokovno specializirani. Znanja o psihiatričnem uporabniku so skromna. Večina delavcev sprejema psihično bolne z odporom in strahom pred njihovo drugačnostjo. Podpora je omejena na zagotavljanje denarne pomoči in na druge administrativne ukrepe.

Bolnik pa po odpustu iz bolnišnice le težko vstopa v kompleksen in socialno zahteven sistem, v katerem si lahko pridobi z zakonom zagotovljene ugodnosti. Odpuščeni pacienti so obremenjeni s pomanjkanjem samospoštovanja in socialno nespretni, osiromašeni zaradi bolezni in invalidizirajočega vpliva revne psihiatrične institucije.

Tekmovalnost med psihosocialno skrbjo, ki je pri nas še vedno antipsihiatričen model skrbi, in psihiatrično stroko, ki gleda na vsa psihosocialna prizadevanja z nezaupanjem ali odporom, je pri nas že tradicionalna. To pa seveda gre na škodo uporabnikov psihiatričnih služb in se v številnih primerih tudi tragično konča, s popolno izolacijo v skupnosti, ki jo

doživljajo zlasti najbolj nemočni uporabniki naših služb. Osamljenost in nemoč pripeljeta do izgube upanja, to pa je za psihiatrične bolnike velikokrat vprašanje življenja ali smrti.

Uspešnost skupnostne skrbi za osebe s psihozo je odvisna:

- od povezave med različnimi službami, strokovnjaki, prostovoljnimi sodelavci in uporabniki

- in od povezave uporabnikov-subjektov v mrežo, ki je oblika horizontalne organiziranosti uporabnikov psihiatričnih služb.

Slednji naj bi sami odločali o tem, kako bodo v mreži sodelovali, kaj bodo iz mreže vzeli in kaj vanjo dali.

Nihče nima monopola modrosti na področju kronične psihiatrije, in menimo, da je čas, da povezave zaživijo v korist večje avtonomnosti in boljšega zdravja uporabnikov psihiatričnih služb.

Teh je veliko, vsi vemo, da se praktično vsakdo v življenju sreča z blažjo ali hujšo psihično dekompenzacijo. Najbolj podpore potrebni pa so tisti s kroničnimi, dolgotrajnimi in invalidizirajočimi duševnimi motnjami, ki si vse oblike pomoči tudi najtežje zagotavljajo.

Uporabniki naših služb so nezadovoljni s slabo koordinacijo med službami. Po odpustu iz bolnišnice so prepuščeni lastnim, še ohranjenim prilagoditvenim zmožnostim, ki so po dolgotrajni hospitalizaciji in preboleli bolezni skromne, in iznajdljivosti in podpori ožjih sorodnikov.

Neustrezna skrb za duševno bolne je vir nezadovoljstva številnih strokovnjakov in uporabnikov. Da bi to nezadovoljstvo postalo konstruktivnejše in da bi se agresija usmerila v uporabno smer, opisujeva model skupnostne skrbi za duševne bolnike zunaj bolnišnice, njegove komponente in potrebne povezave, ki so, po prvih izkušnjah sodeč, v našem prostoru že uresničljive.

#### SEKTORIZACIJA

Področje skrbi za duševno bolne omejujemo, da lahko:

1. primerjalno raziskujemo delovanje služb,
2. določamo lokalne potrebe,
3. dosežemo jasnost porabe sredstev,
4. omogočamo povezovanje in skupno

delovanje zdravstvenih, socialnih in prostovoljnih služb in dejavnosti in

5. spodbujamo zdravljenje doma in dnevno oskrbo. (3)

Skupnostne službe za psihosocialno rehabilitacijo naj zajemajo območja z 40 do 200 tisoč prebivalci. Prvi pri nas omejeni sektor je občina Moste Polje.

#### KOMPONENTE SKUPNOSTNE SKRBI (4)

##### KONTINUIRANA SKRB NA BOLNIKOVEM DOMU

Razvoj povezanega podpornega sistema skrbi za kronično duševno bolne je bistven za uspeh skupnostnih služb.

Organizirana skrb na bolnikovem domu zmanjša število hospitalizacij, izboljša klinični izid bolezni in socialno funkcioniranje (5, 6) ter preprečuje hude posledice dolgotrajne odvisnosti od institucije-bolnišnice (7).

Da ne bi prihajalo do pogostih hospitalizacij, potrebujejo pogosti uporabniki psihiatričnih služb naslednje možnosti:

- a) materialna sredstva, kot so hrana, obleka in bivališče,
- b) vsakdanje življenjske spretnosti in delo,
- c) motivacijo,
- č) odsotnost patološko odvisnih odnosov,
- d) podporo v svojem okolju,
- e) izobrazbo,
- f) psihiatrično zdravljenje na domu. (8)

Seveda pa je skrb na domu odvisna zlasti od uporabnika, njegovih zmožnosti in potreb, je, skratka, individualna. Zato je potrebno, da ga odgovorni delavec dobro pozna in da oblike skrbi prilagajamo njegovemu trenutnemu stanju in spreminjajočim se potrebam v procesu rehabilitacije.

##### PRIMER 1

A. ima dolgoletne izkušnje zdravljenja in bivanja v različnih institucijah, kot so bolnišnica, domovi za ostrele in azil. V bolnišnico se vedno vrača ob krizah, ki jih povzročajo nesposobnost navezovanja ustreznih partnerskih odnosov in občutki nesposobnosti za delo. V bolnišnici ostaja dolgo, navadno nekaj mesecev. Zdi se, da je povsem odvisna od osebja in da ni sposobna skrbeti zase. Kljub temu pogosto izraža željo, da bi se osamosvojila in

zaživila enakopravnejše življenje ter uporabila svoje še neizkoriščene ustvarjalne sposobnosti.

V okviru možnosti smo skupaj z A. naredili načrt postopne rehabilitacije in vključitve v vsakdanje življenje.

1. Organizacija za duševno zdravje ŠENT ji je organizirala bivanje v stanovanjski skupnosti skupaj z drugo uporabnico psihiatrične bolnišnice in ju je podprla z obiski prostovoljnega delavca v skupnosti. Podpora se kaže zlasti v učenju vsakdanjih spretnosti, kot so kuhanje, nakupovanje, plačevanje položnic, in v spodbujanju k osamosvojitvi in pomoči uporabnicama pri urejanju medosebnih odnosov v stanovanjski skupnosti.

A. se je začasno vključila v delavnice za usposabljanje in v prostor za sprostitev in delo, kjer poskuša dejavno zadovoljevati svoje potrebe po delu in ustvarjalnosti. Odločitev o vrsti usposabljanja ali morda nadaljnega šolanja je preložena na obdobje, ko bodo prvi koraki ponovne vključitve v skupnost že narejeni.

2. Socialna delavka iz psihiatrične bolnišnice je poskrbela za lahek prehod iz bolnišnice v skupnost: pomagala je urediti preselitev iz azilske ustanove, dokumentacijo, dohodke, pomagala je pri iskanju primerne sstanovanke in svetovala o izobraževanju.

3. Psihiatrinja in zdravnica sta spodbujali postopno osamosvojitve. Ob občasnih poslabšanjih bolezni ali tesnobi, ki se je povečevala v obdobju dokaj naglih sprememb, sta ustrezno pomagali z zdravili. V razgovorih sta ji dajali podporo in jo vključili v skupinsko in individualno psihoterapevtsko svetovanje. Psihiatrinja je ponudila telefonsko številko v primeru krize in sodelovala v timskih sestankih z ostalimi udeleženci.

4. Zavod za zaposlovanje je omogočil plačano usposabljanje v delavnicah organizacije ŠENT, kjer je delo prilagojeno potrebam in zmožnostim uporabnikov psihiatričnih služb.

5. Koordinacija z osnovno zdravstveno službo je pripomogla k postopnemu izboljševanju telesnega zdravja A. Patronažna sestra se je vključila v skupnostno skrb z občasnimi obiski v stanovanjski skupnosti.

6. Svojci A., ki so se doslej ob ponovitvah bolezni počutili povsem nemočni, so se vključili v skupino svojcev, kjer so našli nekaj

podpore in informacij o bolezni, njenem poteku, zdravilih itn.

Povezava med sodelavci je prinesla prve uspehe: večjo samostojnost in samozaupanje in jasnejše načrtovanje prihodnosti. Navkljub občasnim neuspehom, strahu in celo vrnitvam v bolnišnico je A. zadovoljna s sicer zahtevnejšim, a tudi kvalitetnejšim načinom življenja.

Iz primera je razvidno, da je temelj kontinuirane skrbi povezava med različnimi službami in posamezniki, ki so del njenega vsakdanjega okolja. Brez te povezave, to je, brez ustreznega timskega dela multidisciplinarne delovne skupine je vsaka oskrba neuspešna in kmalu zamre.

Povezovanje zagotavlja organizator skrbi, *case manager*, ki spremlja napredovanje ali nazadovanje rehabilitacijskega procesa, koordinira delovanje služb in evalvira uspešnost procesa.

#### DNEVNI CENTER

Dnevni center funkcionira kot vir dolgotrajne in stalne podpore ter strukturiranega okolja, zlasti za uporabnike s kroničnimi duševnimi motnjami brez zaposlitve in za starostnike. (9)

#### NAMEN DNEVNEGA CENTRA

1. Pretrgati krog ponovnih sprejemov v bolnišnico.

2. Nadomestiti sprejem v bolnišnico za manjšo skupino bolnikov. (10)

3. Pomoč hitro odpuščenim bolnikom, ki ne potrebujejo več zelo intenzivne nege.

4. Spodbujati uporabnike, da znova razvijejo svoje naravne podporne sisteme (prijateljstva, družino, delo, prostočasovne dejavnosti, socialne skupine...).

5. Prepoznavati občutke osebja, ki bi mu lahko delo s kronično bolnimi jemalo pogum in ga preobremenilo. (11)

6. Normalizacija (12) - omogočiti uporabnikom socialno pozitivno vrednoteno vlogo.

Eden izmed pglavitnih ciljev dnevnega prostora je ustvarjati neogrožujoče ozračje (13), ki je ugodno za postopno izboljšanje socialnega funkcioniranja, kar je v različnih študijah dokazana prednost dnevne skrbi (14).

## PODPORA VRSTNIKOV

Skupine uporabnikov se združujejo prostovoljno zaradi potreb po podpori, delitvi moči, zaradi prijateljstva in občutka povezanosti (6). Samoorganizacija uporabnikov prinaša zvečanje občutka lastne vrednosti, ki lahko pomembno pripomore k boljši vključitvi v skupnost. Varno okolje za interakcijo in odnose med člani je temelj za izmenjavo informacij in za posebno emocionalno podporo. Delijo se izkušnje o spopadanju z vsakdanjimi težavami, skupina išče možnosti za ponovno ovrednotenje družbenega statusa posameznikov in razrešuje občutke krivde zaradi vedenja v času bolezni.

Skupina deluje na socialnem področju kot naravni imunski sistem, ki skrbi za reševanje socialnih zagat in krepitev socialne trdnosti posameznika in temeljnih človeških skupin. Imunska sistema na socialnem področju sta samopomoč in samoorganizacija. (15)

Odkrit pogovor o izkušnjah hospitalizacije in bolezni z vrstniki, ki lahko te izkušnje razumejo, bistveno pripomore k ponovni vzpostavitvi občutka enotnosti in večji samozavesti. Praviloma so v navzočnosti strokovnjakov ali "zdravih" posameznikov taki pogovori zelo omejeni, če ne nemoški, kar so potrdile tudi naše izkušnje.

## PRIMER 2

B. je bila nekajkrat v psihiatrični bolnišnici zaradi duševne bolezni, ki pa se jo je kmalu naučila obvladovati. Prepoznavala je njene zgodnje znake in pravočasno poiskala pomoč pri svojem psihiatru. Do ponovitev je prihajalo ob kriznih situacijah v družini, ki jih B., vdana in podrejena svoji materi, ni znala obvladovati ali se jim umakniti. Po nasvetu strokovnjakov se je vključila v skupino za samopomoč, kjer je zaradi aktivnega odnosa do svojih težav in dobrega funkcioniranja kmalu prevzela vodilno vlogo. Sprejetost v skupini je povečala njeno samospoštovanje, in tako se je lažje odmaknila od družinskih nasprotij.

## ZDRAVSTVENA SKRB

Splošni zdravnik ali patronažna sestra sta pogosto edina strokovnjaka, na katera se

bolniki s kroničnimi hudimi duševnimi motnjami obračajo. (16)

Duševni bolniki v skupnosti (ki jih je tudi v našem okolju veliko) so zaradi težavnega telesnega in psihičnega stanja za osnovno zdravstveno službo veliko breme (4). Zdravniki splošne prakse in patronažne sestre le neradi prevzemajo skrb za psihično motene ali bolne. Razlogi za to so v njihovi nezadostni izobrazbi in slabi povezavi s psihiatričnimi službami.

Skupnostnih specializiranih patronažnih sester za probleme duševnega zdravja pri nas ni. Ukvarjajo se s celo vrsto klientov od novorojenčkov do starih invalidnih oseb. Ob psihiatričnih uporabnikih se počutijo nemočne in redko uspešno intervenirajo ob poslabšanih boleznih. Jasno poudarjajo potrebo po povezavi z psihiatričnimi sodelavci, ki imajo več znanja o intervencijah.

Zdravniki so tradicionalno preobremenjeni z razreševanjem slabega telesnega počutja in slabo prepoznavajo psihične vzroke za telesne odpovedi, s katerimi se nanje obračajo psihično bolni.

Kronično duševno bolni v skupnosti so navadno tudi najhujše telesno bolni. Ocenjujejo, da jih 41% potrebuje medicinsko pomoč. (17)

Osnovno zdravstveno varstvo je lahko po mnenju nekaterih raziskovalcev temeljni kamen skupnostne skrbi, ki se razvija na območju zdravstvenega doma. (18) Številni modeli skupnostne skrbi posebej poudarjajo povezavo z osnovno zdravstveno službo (WHO 1973, 1983).

Pri nas smo zagotovili povezavo med sodelavci na sestankih delovne skupine, sestavljene iz predstavnikov različnih služb, v zdravstvenem domu, kjer govorimo o posameznikih, s katerimi imajo delavci v osnovnem zdravstvu hujše težave. Ta oblika dela je prinesla veliko olajšanje vsem prisotnim in že očitno izboljšala skupnostno skrb za posameznike.

## PRIMER 3

C. le redko pride v psihiatrično bolnišnico, čeprav je sorodnikom in svojem jasno, da so težave doma hude. C. v stanovanje ne pušča obiskovalcev, sosedje pravijo, da je bivališče zanemarjeno. Večkrat so se že obrnili na Center za socialno delo, da bi ustrezno (?)



ukrepal. Zgodilo se je že, da so v stanovanje vdrla in poskušali prostor urediti. C. se je še bolj umaknila in z njo skoraj ni mogoče vzpostaviti stika. Le kadar je telesno posebej slaba, sprejme obisk patronažne sestre ali se napoti k splošnemu zdravniku.

Na teamskem sestanku med patronažno sestro, predstavnikom prostovoljne organizacije, zdravnikom, psihiatrom in socialnim delavcem smo se poskušali dogovoriti za načrt skrbi.

Patronažna sestra naj bi bolnico pogosteje obiskovala in jo poskusila usmeriti v skupino za samopomoč organizacije ŠENT, ali v klubski prostor organizacije ASTRA, kjer bi lahko našla sprejemljivo pomoč. Socialna delavka bo poskušala urediti odnose s sosedi, ustaviti hujše pritiske na C. in poiskati morebitne oporne točke v skupnosti (prijatelje, svojce). Zdravnik splošne prakse bo predpisoval in urejal potrebna zdravila v povezavi s psihiatrom.

#### SVETOVANJE

Svetovanje je oblika pomoči uporabnikom, ki poteka na več ravneh v različnih institucijah in službah.

Na psihiatrični kliniki je lahko svetovanje psihoterapevtsko ali pa vsebuje navodila o zdravljenju z zdravili in druge, za uporabnika pomembne informacije.

Nevladne organizacije navadno izvajajo svetovanje v okviru samopomoči in o vseh za uporabnike pomembnih informacij, o bivanju, zaposlitvi, vsakdanjih spretnostih...

Svetovanje poteka tudi na Centrih za socialno delo in v privatnem sektorju. Tako kot v tujini so pristojnosti svetovalcev tudi pri nas še nejasne. Pri delu jih namreč ne omejujejo ustrezni predpisi ali kodeksi.

Delavci Organizacije za duševno zdravje ŠENT omejujejo svoje svetovanje na pomoč pri reševanju stanovanjskih težav, zaposlovanje in izobraževanje. Upoštevajo načela miljejskega pristopa (19) in pristajajo na psihoterapevtsko supervizijo skupine osebja.

Psihoterapevtsko svetovanje je domena za to pristojnih institucij in posameznikov, o čemer obveščamo svoje kliente.

Zagovorništvo pri Društvu za novosti v

duševnem zdravju ALTRA daje pravne nasvete o pravicah uporabnikov psihiatričnih uslug.

#### PRIMER 4

Pri D. so ponovitve bolezni povezane z uživanjem alkohola in mehkih drog. Bolezen ji prinese veliko stisk, vendar tudi podporo staršev za dokaj lagoden način življenja. Zavrača vsako zaposlitev ali druženje z ljudmi s podobnimi težavami. Pristaja le na psihoterapevtsko podporo zanjo pomembnih avtoritet in na majhno količino vzdrževalne terapije z zdravili.

Zagotovili smo ji pomoč odgovornega delavca v primeru krize in jo usmerili k njenemu psihiatru zaradi psihoterapevtske podpore in zdravil.

#### USTREZNO BIVANJE

Ustavna pravica vseh posameznikov je, da živijo v primernem in dostopnem stanovanjskem okolju (20), o katerem naj bi tudi kar najbolj samostojno odločali.

Bivanjske stiske so, tako nam kažejo izkušnje, pogost povod za ponovitev bolezni in umik v bolnišnico, ki zagotavlja varno bivanje tudi v dolgih časovnih obdobjih. Vsi, ki smo si sami iskali stanovanje, vemo, kako stresno opravilo je to. Občutljivost, s katero živijo psihiatrično bolni, pomeni, da stresnim situacijam hitreje sledi dekompenzacija kot pri tako imenovanih zdravih ljudeh.

Zato skušamo svoje uporabnike zavarovati pred obremenitvami in jih naučiti spretnosti, s katerimi bodo lahko uveljavili svojo ustavno pravico.

Uporabniki psihiatričnih služb naj živijo v navadnih stanovanjih, povezano s svojim okoljem, s podporo ustreznih služb.

Ustanavljati je treba stanovanjske skupnosti z različno stopnjo podpore uporabnikom, ki odgovarja na stopnjo njihove občutljivosti in na njihove potrebe (21). Nastajajo naj tam, kjer je lahek dostop do trgovin, kina, dnevnega centra, zdravstvenega doma in drugih, za udobno življenjske potrebne ustanov.

Z ustreznim razreševanjem stanovanjskih stisk, ustanavljanjem bivanjskih skupnosti in prehodnih domov ob primerni državni in lokalni stanovanjski politiki se morda lahko



izognemo brezdomstvu psihiatričnih uporabnikov ter z njim povezani socialni izolaciji in propadu.

PRIMER 5

E. je bila ponovno sprejeta v bolnišnico zaradi simptomov bolezni, ki so pri njej trajni in jih sicer obvladuje. Pokazalo se je, da je povod za sprejem zaostritev hude socialne stiske. Ostala je brez zaposlitve, stanovanja, dohodkov in brez ustrezne socialne mreže.

Vključila se je v delavnice s prilagojenim programom, kar ji je zagotovilo dohodke, ki omogočajo preživetje. Kmalu si je zgradila dokaj široko podporno socialno mrežo, priljubljena je med sodelavci in v drugih okoljih.

V najemniškem stanovanju je ob podpori enega izmed delavcev organizacije ŠENT živel z drugo, slabše psihično opremljeno uporabnico. E. ji lahko daje dovolj podpore, da obe živita zadovoljivo življenje, hkrati pa je večje samospoštovanje bistveno izboljšalo kvaliteto njenega življenja.

IZOBRAŽEVANJE IN PODPORA DRUŽINI

Čeprav ustanovljamo službe in čeprav poskušamo zagotoviti uporabnikom strokovno, prostovoljno in kvalitetno podporo, vendarle največje breme skrbi v skupnosti najpogosteje prenaša bolnikova družina.

Vzdušje v družini pomembno vpliva na potek bolezni in na dolžino zdravljenja. Prevelika čustvena napetost, prevelika skrb, jeza ali brezbriznost lahko privedejo do ponovitve bolezni. (22)

Svojci ali skrbniki so ob zelo odvisnem svojcu lahko preobremenjeni, spreminjati morajo družinski vsakdan, pogosteje telesno in psihično zbolijo ter so tudi ekonomsko v neprenehni stiski. (23)

V sistemu skupnostne skrbi je zato nujno zagotoviti tudi svojcem ustrezno podporo, izobraževanje in svetovanje o urejanju vsakdanjih težav in kriznih situacij.

PRIMER 6

F.-jev oče meni, da so med vzroki sinove bolezni tudi neurejene družinske razmere in materina nestrpnost. Čeprav mati ni prihajala

na skupino svojcev, je skupina dala očetu dovolj informacij in podpore, da je začel urejati zapletene razmere doma in zlasti neustrezen partnerski odnos med staršema. Skupina meni, da bi to lahko pripomoglo k boljšemu zdravju F. in razbremenilo druge družinske člane.

DELO

Uporabniki psihiatričnih služb so diskriminirani pri iskanju primerne zaposlitve na prostem trgu delovne sile in pri vzdrževanju redne zaposlitve. V vsakdanjem življenju je stigma psihiatrične izkušnje nekaj zastrašujočega ali celo nevarnega. Nerazumevanje uporabnika psihiatrične službe se kaže v predsodkih, ki ga oddaljujejo od delovnega mesta.

Eden izmed namenov rehabilitacijskega procesa je aktivirati nekatere uporabnike in jim prek dela omogočiti doživljanje pozitivne, socialno sprejete vloge. (24)

Delovno usposabljanje je kompleksen proces, ki se začne med zdravljenjem v psihiatrični bolnici z ustrezno delovno in zaposlitveno (industrijsko) terapijo.

Vodja delovnega procesa mora v osnovah razumeti bolezenski proces, poznati individualne značilnosti, posebnosti in zmožnosti zaposlenih in imeti dovolj znanja o delovnem procesu in tehnologiji.

Ustrezne državne službe bi morale z ustreznimi ukrepi (subvencioniranje delodajalcev, promocija) in zakonodajo na področju zaposlovanja težje zaposljivih spodbujati nastajanje invalidskih podjetij, ki bi bila usposobljena za zaposlovanje uporabnikov psihiatričnih uslug. Znanje o opisanih procesih lahko pridobimo iz tujih izkušenj, kjer so že ustanovljali in vodili socialna podjetja, kooperative in invalidska podjetja.

Mestne in lokalne skupnosti naj finančno in prostorsko podprejo različne nevladne, prostovoljne organizacije pri nastajanju posebnih zaščitnih delovnih projektov. Projekti, kjer uporabniki psihiatričnih služb, ki niso sposobni za redno produktivno delo, ob podpori svetovalnih delavcev in mentorjev in ob prilagojeni organizaciji dela z usposabljanjem pridobijo dnevno delovno zaposlitev in ustrezno finančno nadomestilo.

Nujno je oblikovati tudi svetovalne službe,

ki bi uporabnikom psihiatričnih uslug dajale podporo in nasvete, ko so redno zaposleni.

**PRIMER 7**

**(DELAVNICE ORGANIZACIJE ZA DUŠEVNO ZDRAVJE ŠENT)**

V delavnicah za usposabljanje poskušamo:

- doseči delovne večšine (šivanje, vsakdanja opravila),
- izboljšati motorične spretnosti,
- omogočiti delo in druženje v skupini,
- izboljšati družbeni status posameznika,
- omogočiti prehod v redno zaposlitev.

Delo je redno plačano s podporo Zavoda za zaposlovanje mesta Ljubljana.

Okolje, v katerem uporabniki delajo, naj bo dovolj varno in neogrožujoče, da lahko pride znova do postopne vzpostavitve delovnih navad, natančnosti, točnosti in vztrajnosti.

Mentorji delovnega procesa spodbujajo razvijanje ročnih spretnosti, zlasti zaradi težav, ki so posledica nekaterih zdravil. Uporabnikom zagotavljajo dovolj počitka, sprostitev in tudi možnosti ustvarjalnega dela, če je to njihova želja. Delo s posamezniki je prilagojeno njihovim sposobnostim in zmožnostim.

Končni cilj usposabljanja v delavnicah je redna zaposlitev, zato je delo v delavnicah tako, da omogoča postopno prilagajanje vse večjim zaposlitvenim zahtevam. Veliko uporabnikov, ki so vključeni v delavnice za usposabljanje, pa bo potrebovalo dolgotrajno ali stalno zaposlitev ob podpori (*sheltered work*), zato ustanavljamo ustrezne službe.

Nekateri uporabniki sodelujejo pri projektih nevladnih organizacij in državnih ustanov, kjer v sodelovanju z drugimi uporabniki in posamezniki pridobivajo socialne večšine.

Vsakdanje spretnosti pridobivajo uporabniki pod vodstvom odgovornih delavcev tudi na svojih domovih, kjer se učijo kuhanja, higijene, nakupovanja, plačevanja položnic itn., če so te spretnosti po dolgotrajni bolezni in jemanju zdravil okrnjene.

**IZOBRAŽEVANJE**

Informiranost javnosti in izobraženost strokovnjakov in laikov zunaj psihiatrične institucije o področju duševnega zdravja sta pri nas skromna.

Pripravljamo vrsto seminarjev, ki naj bi razširili znanje in zavedanje o socialnih, psiholoških in deloma tudi psihopatoloških delih tega širokega področja.

Na seminarje vabimo predstavnike uporabnikov, delavce v različnih institucijah in druge zainteresirane posameznike. Pri organizaciji in vodenju izobraževanja in promociji skupnostne skrbi nam bodo pomagali domači in tuji strokovnjaki in izkušeni posamezniki.

**EVALVACIJA**

Tuje izkušnje kažejo, da ustanavljanje skupnostnih služb izboljša kvaliteto življenja uporabnikov in njihovih svojcev, če so ustanovljene službe prilagojene njihovim potrebam in ne le našim predstavam o tem, kaj oseba z duševno motnjo potrebuje.

Da bi se izognili slabim tujim izkušnjam s skupnostno skrbjo (25, 26), poskušamo službe, ki v našem okolju šele nastajajo, prilagoditi dejanskim potrebam uporabnikov. Zato raziskujemo potrebe uporabnikov s standardiziranim in prilagojenim angleškim vprašalnikom.

Uspešnost programa pa raziskujemo z mrežo vprašalnikov, ki zajemajo različna področja rehabilitacije:

- klinično sliko,
- socialno funkcioniranje,
- telesno zdravje,
- socialno mrežo uporabnikov,
- kvaliteto življenja,
- zadovoljnost z uporabljenimi službami,
- obremenjenost sorodnikov.

v času in v primerjavi s kontrolno skupino.

Pregledujemo tudi stroške skupnostne skrbi v primerjavi z bolnišnično skrbjo.

**NAČELA DELA**

Ker v našem prostoru še nimamo politične podpore za ustanavljanje skupnostnih služb in za to zagotovljenih sredstev, je temelj ustanavljanja skupnostnih služb povezava med različnimi institucijami in posamezniki, ki skrbijo za duševno zdravje, na več ravneh:

1. Med javnimi državnimi ustanovami:

- osnovno zdravstvo in psihiatrija: psihiatrična klinika, zdravstveni dom s patronažno službo,

- socialno delo: center za socialno delo, svetovalnice,
- zaposlovanje: zavod za zaposlovanje, sindikati,
- politika: občina, krajevna skupnost.

S povezavo med socialnimi in zdravstvenimi ustanovami uveljavljamo načela celostnega pristopa (27) k skrbi za duševno bolne. Duševni bolnik lahko poišče pomoč tudi na Centru za socialno delo in tako zadovoljuje svoje socialne potrebe. Kvaliteta strokovnega dela posameznih ustanov se izboljša zaradi večje informiranosti in učinkovitega ukrepanja.

Povezava med strokovnimi in lokalnimi političnimi telesi je pripomogla, da so občine in krajevne skupnosti prepoznale področje duševnega zdravja kot skupnostno skrb in zato postale sodelavke pri reševanju te problematike: sofinancirajo programe in nudijo podporo pri iskanju prostorov.

Zavod za zaposlovanje skuša z nekaterimi programi spodbuditi zaposlovanje težje zaposljivih (javna dela, invalidska podjetja, sofinanciranje zaposlovanja invalidov, usposabljanje težje zaposljivih), kar mu pa zaradi splošne družbene klime, velikega števila nezaposlenih in pomanjkanja ustreznih programov ne uspeva prav dobro.

Ker državne ustanove ne morejo zagotoviti

vseh potrebnih komponent skupnostne skrbi in ker je za ohranjanje duševnega zdravja nujno, da svoje potrebe določajo in tudi zadovoljujejo sami uporabniki psihiatričnih služb, smo spodbudili nastanek nedržavnih prostovoljnih pobud.

2. Povezava javnih vladnih ustanov z nevladnimi skupinami:

- Organizacija za duševno zdravje ŠENT,
- Zagovorništvo pri Odboru za novosti v duševnem zdravju ALTRA,
- skupine za samopomoč uporabnikov psihiatričnih služb in druge oblike pomoči.

Vključevanje uporabnikov v organizirane skupine za razreševanje težav je nova kvaliteta skrbi za duševno bolne pri nas. Omogoča jasno izražanje in neposredno zadovoljevanje njihovih potreb. Doslej razpršene skupine uporabnikov so se ob ustrezni podpori združile in posamezniki so z večjo samozavestjo stopili v organizirane oblike sodelovanja med bolniki, prostovoljci in strokovnjaki.

Aktivnejši odnos do lastnih problemov duševnega zdravja pa je že sam po sebi velikokrat pomemben korak na poti k ponovnemu vzpostavljanju socialnega in medosebnega funkcioniranja in večji samostojnosti, kar je naš temeljni cilj.

## Literatura:

- (1) LEŠNIK B., Zagovorništvo (1994). *Socialno delo* 33, 1: 51-9.
- (2) WOLFENBERGER W. (1970), The principle of normalisation and its implications for psychiatric services. *American Journal of Psychiatry*, 127: 291-7.
- (3) JOHNSON S., THORNICROFT G. (1993), The sectorisation of psychiatric services in England and Wales. *Social Psychiatry and Epidemiology* (v tisku).
- (4) STRATHDEE G., THORNICROFT G. (1993), The Principles of Setting Up Mental Health Services in the Community. V: BHUCRA D., LEFF J., *Principles of Social Psychiatry*. London: Blackwell Scientific Publications: 473-501.
- (5) TANSELLA M. (1986), Community psychiatry without mental hospitals: the Italian experience. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 79: 664-9.
- (6) MARKS I.M., CONNOLLY J., MUIJEN M. (1988), The Maudsley Daily Living Programme. *Psychiatric Bulletin of the Royal College of Psychiatrists*, 12: 22-3.
- (7) WING J.K., BROWN G.W. (1970), Institutionalism and schizophrenia. *Journal of Mental Science*, 107: 862-75.
- (8) INTAGLIATA J. (1982), Improving the quality of care for the chronic mentally disabled: the role of case management. *Schizophrenic Bulletin*, 8: 655-74.
- (9) HOLLOWAY F. (1988), Day Care and Community Support. V: LAVENDER A., HOLLOWAY F., *Community Care in Practice*. London: John Wiley & Sons Ltd.: 161-85.
- (10) HERZ M.I., ENDICOTT J., SPITZER R.L., MESNIKOFF A. (1971), Day versus inpatient hospitalisation: a controlled study. *American Journal of Psychiatry*, 127: 1371-82.
- (11) ROBERTS J.P. (1980), Destructive processes in a therapeutic community. *International Journal of Therapeutic Communities*, 1: 159-70.
- (12) WOLFENBERGER W. (1983), Social role valorisation: a proposed new term for the principle of normalisation. *Mental Retardation*, 21: 234-9.
- (13) BLAKE R., MILLARD D., ROBERTS J. P. (1984), Therapeutic community principles in an integrated local authority community mental health service. *International Journal of Therapeutic Communities*, 5: 243-73.
- (14) LINN M.W., CAFFEY E.M., KLEIT J., HOGARTY G.E., LAMB H.R. (1979), Day treatment and psychotropic drugs in the aftercare of schizophrenic patients. *Archives of General Psychiatry*, 36: 1055-66.
- (15) RAMOŠ J. (1992), Socialni imunski sistem. *Socialno delo*, 31: 130-41.
- (16) RECIER D.A., BURKE J.R., MANDERSCHIED R.W., BURNS B.J. (1985), The chronically mentally ill in primary care. *Psychological Medicine*, 15: 265-73.
- (17) BRUCHA T.S., WING J.K., SMITH B.L. (1989), Physical ill health of the long-term mentally ill in the community. Is there an unmet need? *British Journal of Psychiatry*, 155: 777-82.
- (18) STRATHDEE G., KING M. (1986), The Interface between Primary and Secondary Psychiatric Care. V: HUME C., PULLEN I. (ur.). *Rehabilitation in Psychiatry*. London: Churchill, Livingstone: 420-33.
- (19) GOLOMB S.L., KOCSIS A. (1988), *The Halfway House*. New York: Brunner Mazel: 13-34.
- (20) CARLING P., RIDGEWAY P. (1985), Community residential rehabilitation: an emerging approach to meeting housing needs. V: CARLING P., RIDGEWAY P. (ur.), *Providing Housing and Supports for People with Psychiatric Disabilities*. Rockville: NIMH: 1-28.
- (21) MIND, NFHA (1987), Housing: the foundation of community care. *Development*, 21-6.
- (22) ŠVAB V. (1990), Družina shizofrenega bolnika. *Med Razgl*, 29: 259-63.
- (23) BIRLEY J., HUDSON B.L. (1983), The Family, the Social Network and Rehabilitation. V: WATTS F.N., BENETT D.H., *Therapy and Practice of Psychiatric Rehabilitation*. Chichester: John Wiley and Sons: 171-88.
- (24) SHEPHERD G.W. (1986), Social skills training and schizophrenia. V: HOLLIN C.B., TROWER T. (ur.), *Handbook of social skills training*. Oxford: Pergamon Press.
- (25) BACHRACH L.L. (1993), American Experience in Social Psychiatry. V: BHUCRA D., LEFF J. (ur.), *Social Psychiatry*. London: Blackwell Scientific Publications: 534-48.
- (26) LAMB H. (1984), Desinstitutionalisation and the homeless mentally ill. *Hospital and Community Psychiatry*, 37: 899-907.
- (27) ŠVAB V. (1990), *Celostni pristop k zdravljenju shizofrene bolnice*. Specialistična naloga. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Psihiatrična klinika.





Darja Zaviršek

## PSIHIATRIČNI ODDELEK MED BOLEZNIJO IN NJENO KULTURNO MANIFESTACIJO

ŠTUDIJA PRIMERA

(III)

### ŽIVLJENJE V INSTITUCIJI

Na oddelku živi heterogena skupina žensk v starosti med 15 in 72 let. Razdeliti jih je mogoče na štiri skupine: 1) uporabnice, ki živijo v bolnišnici več kot 10 let; 2) tiste, ki se po principu "vrtečih vrat" vračajo v bolnišnico skozi daljše obdobje; 3) tiste, ki so zaradi globoke krize prišle v bolnišnico prvič; 4) uporabnice dnevne oskrbe, ki prihajajo v bolnišnico zjutraj in se po kosilu vračajo domov. Zaradi velike razlike med tistimi, ki v bolnišnici živijo več let, in onimi, ki vanjo vedno znova prihajajo, jih je mogoče razdeliti na "stanovalke" in "obiskovalke". Le redko se družijo med seboj, saj živijo v dveh različnih realnostih, v realnosti institucionalnega življenja in v realnosti vsakdanjega življenja, ki ga je za krajši čas pretrgal vstop v bolnišnico. Interes prvih je usmerjen navznoter, v ustanovo (kadar pojejo, si ena od žensk z dolgoletno institucionalno kariero vedno izbere pesem "Mi se imamo radi", ob kateri se občasne obiskovalke le neprijetno zdrznejo), interes drugih pa ven, v pričakovanje obiskov in odpusta iz bolnišnice.

Nekatere so v bolnišnici zato, ker nimajo nikogar, s komer bi stanovale, druge zato, ker jih poročeni otroci nočejo vzeti nazaj v hišo ali pa nimajo iti drugam. Ker nekatere živijo v njej že več let, tega znanega prostora nočejo zamenjati z neznanim prostorom v enem od domov za ostarele. Odnos osebja do njih je bolj domač kot do drugih pacientk. Nekatere pomagajo osebju pri čiščenju prostorov. Po eni strani so z osebjem v familiarnem odnosu, po

drugi strani pa na prenatrpanem oddelku, kamor prihajajo vedno nove pacientke, zanje zmanjkuje časa.

Zaradi opisane heterogenosti so nekatere uporabnice v vprašalniku odkrile sklope vprašanj, ki so relevantna za njihovo življenje, in sklope vprašanj, ki niso. Ko sem jih spraševala po službah, ki bi po njihovem prepričanju bolj ustrezale njihovim potrebam, pa je bila večini skupna zadrega. Skupna značilnost večine odgovorov je bila, da so sprijaznjene s situacijo in da izražajo neko specifično tautologijo. Več žensk je na vprašanje, kaj bi bilo mogoče po njihovem mnenju na oddelku spremeniti, odgovorilo, da si želijo le tega, da bi ozdravele. Sprememba se lahko torej zgodi le v njihovi "notranjosti". Posameznica tako interiorizira tudi tisto, kar je del zunanjega sveta in neenakih razmer, v katerih živijo različne skupine ljudi. Morda pa se v tem odgovoru skriva tudi želja po umiku z oddelka in iz bolnišnice, saj ozdravitev pomeni tudi, da ji bolnišnica ne bi bila več potrebna.

Heterogenost uporabnic pa so presegla vprašanja, ki se nanašajo na njihovo socialno situacijo, vprašanja, kaj najpogosteje naredijo, ko so v stiski in ko jim gre slabo, in vprašanja, ki se nanašajo na njihovo socialno mrežo. Čeprav prihajajo v psihiatrično bolnišnico ljudje iz vseh družbenih slojev in skupin, prevladujejo med ženskami tiste posameznice, katerih socialni položaj je negotovejši in ki pripadajo srednjim in nižjim slojem prebivalstva. Za vse je značilno, da imajo po obsegu majhno in na redko prepredeno socialno mrežo, ki je

najpogosteje sestavljena iz najožjih članov družine in širšega sorodstva. Nekatere ženske živijo z možem in otroci, druge živijo same in tretje z ostarelimi starši ali odraslimi otroci.

Tiste, ki živijo v bolnišnici že več let, nimajo stikov z zunanjim svetom. Ena od njih, ki je prišla v Polje iz doma za ostarele, kjer živi že več kot 10 let, je na vprašanje, kateri ljudje so ali so bili najpomembnejši, najbližji v njenem življenju, odgovorila: "Zdravnik in strežnice." Njeno življenje je omejeno na življenjsko okolje institucije in tudi njeni socialni stiki so vezani na ljudi, ki so del različnih institucij.

Poleg intervjujev je bilo izvedenih 36 vprašalnikov, kar ni dovolj za prikaz reprezentativnega vzorca, vseeno pa prispeva k vedenju o socialnem in emocionalnem položaju uporabnic. Ker so bili vprašalniki iz že omenjenih razlogov pogosto nepopolno izpolnjeni, bom prikazala le tiste podatke, ki kažejo določene zanimivosti in posebnosti:

1. Večina vprašanih je opravljala delo v proizvodnji, najpogosteje kot nekvalificirane, polkvalificirane ali kvalificirane delavke.

2. Večina jih je izjavila, da so bili najpomembnejši ljudje v njihovem življenju starši ali kakšna ženska oseba (mama, sestra, teta, stara mama ipd.).

3. Večina žensk je delo v gospodinjstvu opravljala sama, brez pomoči.

4. Med načini ravnanja, ki so za posameznice značilni v trenutkih, ko jim gre zelo slabo, so naštele: vzamejo tablete za živce; veliko spijo; jokajo; se izogibajo ljudi; sedijo in ne delajo nič. Jok in spanje so posameznice navedle kot najpomembnejši dejanji premagovanja kriznih situacij. Nekatere so pripovedovale o manj spolno specifičnih manifestacijah svojih stisk: prenehale so govoriti, začele so se pogovarjati z glasovi v svojih glavah, začele so na skrivaj, ali pa tudi ne, piti alkohol.

5. Posameznice so le v nekaj primerih pritrdilno odgovorile na vprašanje o izkušnjah fizičnega, psihičnega ali spolnega nasilja. Več pa jih je o tem pripovedovalo na koncu vprašalnika. Tiste, ki so na vprašanja o zlorabah odgovorile pritrdilno, so partnerjevo nasilno obnašanje povezovale z njegovim pijančevanjem. Izmed vseh vprašanih je skoraj polovica doživela fizično nasilje sorodnikov.

6. Od 29 posameznic, ki so odgovarjale na vprašanja o spolnem nasilju, jih je 6 izjavilo, da so doživele spolno nadlegovanje z besedami, 9 pa jih je odgovorilo, da so preživele posilstvo. Izmed oseb, ki so na vprašanje odgovorile, je torej vsaka tretja doživela posilstvo.

7. Od 29 oseb, ki so odgovarjale na vprašanja o spolnih zlorabah, jih je 11 odgovorilo, da so bile spolno zlorabljene. Zloraba se je najpogosteje dogajala med 8 in 14 letom starosti. V enem primeru je bil povzročitelj brat, v dveh sosed, v dveh stric, v treh primerih stari oče, enkrat mož in enkrat učitelj. Ena oseba ni hotela povedati, kdo je bil povzročitelj.

8. V materialnem pomanjkanju lahko dobi večina žensk pomoč od sorodnikov, zlasti od bratov, sester in staršev (denarna pomoč, zavetje). Emocionalno podporo pa večina išče zunaj sorodstvenega kroga, med redkimi prijateljicami in prijatelji.

9. Večina je odgovorila, da so jim vstop v bolnišnico predlagali sorodniki ali možje, dosti pa se jih je za prihod odločilo tudi samih.

10. Posameznice so kot pomembne dejavnike, ki so po njihovem mnenju vplivali na to, da so prišle v bolnišnico, najpogosteje navedle: ekonomske težave, pomanjkanje stanovanja, smrt matere, smrt očeta, smrt otroka, alkoholizem v družini, prevelike delovne obremenitve v službi, nesrečni zakon ali partnerska zveza, nesrečno otroštvo, izguba človeka, ki ga je imela rada, partnerjevo pretepanje, revščina. Med naštetim so posameznice najvišje rangirale smrt matere, izgubo človeka, ki so ga imele rade, partnerjevo pretepanje, revščino.

11. Na vprašanje, o čem najpogosteje razmišljajo, odkar so v bolnišnici, so odgovarjale: kako je doma; kdaj bom lahko šla domov; kaj sem naredila narobe; kaj bom počela, ko pridem ven; kako bodo gledali name ljudje, ki me poznajo. Vsi odgovori so bili povezani z iskanjem lastne krivde in z etiketo, ki jo bodo dobile od okolice. Nobena ni obkročila odgovorov v zvezi s samopomočjo in z aktivnim iskanjem dodatne pomoči.

12. Na vprašanje, kaj bi po njihovem mnenju potrebovale kot uporabnic bolnišnice, jih je večina odgovorila: več pogovorov s psihiatrinjo; skupinske pogovore z ljudmi, ki imajo iste

težave, tečaje o tem, kako spoznati samo sebe; tečaje o učinkih tablet; tečaje o tem, kakšne socialne in pravne službe obstajajo in kako se je mogoče obrniti nanje.

To kaže na že večkrat omenjeno potrebo, da bi imel človek, ki je v stiski, priložnost, da se o tem s kom pogovori, pa naj gre za strokovno osebje ali pa za ljudi s podobnimi izkušnjami. Obenem pa odgovori opozarjajo na njihovo nikoli izraženo potrebo po temeljnih informacijah o uporabi tablet, o drugih službah in o socialnih in pravnih znanjih. Prav to bi morala biti vloga socialne delavke/delavca, ki je danes reducirana zlasti na premeščanje dolgotrajnih pacientk in pacientov v domove za ostarele.

13. Ena od oseb, ki so odgovarjale na vprašalnik, je bila prvič hospitalizirana leta 1946.

Veliko žensk se je spominjalo življenja na različnih oddelkih v preteklosti in vse so poudarjale, da se je "veliko spremenilo". Več informatork je izjavljalo, da je zdaj na oddelku bolje, kot je bilo, saj so se "hudobne, agresivne stare sestre in strežnice" upokojile.

Ena od informatork, ki prišla v Polje prvič leta 1957, ko je bila stara 24 let, se spominja: "Včasih so bila vrata zaklenjena, vse je bilo zaprto. Bolnice so vpile in razgrajale, sestre pa so jih mirile. Večkrat so me dali v mrežo in zaklenili vrata. Včasih sem butala po njih in so jih odprle. Bolnice so me brez razloga teple, jaz sem jokala. Včasih nisem hotela biti v bolnišnici, zdaj pa sem se tako pozdravila, da sem na dnevni oskrbi." Dnevna oskrba ji pomeni "izboljšanje bolezni" in ne pomanjkanja vmesnih struktur, kjer taka institucionalizacija vsakdanjega življenja ne bi bila potrebna.

Druga informatorka, ki je prišla v bolnišnico, ko je bila stara 18 let, in je preživela v Polju nepretrgoma pet let, od svojega 24. do 29. leta, danes pa je v dnevni oskrbi, je pripovedovala: "Ko sem bila prvič tu, se nisem mogla privaditi bolnice. Bila sem na insulinu in ko sem rekla, da hočem domov, so me dali v mrežo. Zdaj sem se čisto umirila. Najprej so mislili, da je meningitis, potem pa so ugotovili, da je živčnega izvora. Včasih sem se doma zelo sekirala zaradi tega, ker sem bolna, /zato/ pa sem dobila živčni zlom. Dobivala sem napade in začela vpiti in nato so me odpeljali. Zdravnica mi je

rekla, da imam bolne živce. Že od 30. leta naprej sem na tem oddelku. Zdaj je vse veliko bolj urejeno. Včasih je bilo vse zaklenjeno in nisi mogel ven. Če bi ostala doma, bi se poročila, mogoče se še bom."

Ženska, ki je v bolnišnici že 25 let in je bila hospitalizirana pri 17 letih, se je spominjala, kako je bilo v Polju včasih: "Prej je bilo veliko težje. Najhuje je bilo, ko smo morali nositi hrano navzgor po stopnicah. Zdaj je jedilnica in je veliko lažje. Tudi k maši grem zdaj vedno lahko."

Tudi bolnišnica znotraj sebe ni homogena ustanova, temveč obstajajo med oddelki številne razlike. Eni so "boljši", drugi "slabši", na nekaterih je duh starega reda bolj navzoč kot na drugih. Nekateri oddelki se začenjajo vse bolj razlikovati od drugih, postajajo odprtejši in pozornejši na razlike in individualne potrebe. Tem oddelkom uporabnice pravijo, da so "nekaj posebnega".

Večina uporabnic se s prevzemom vloge pacientke postavi v položaj totalne odvisnosti. Ne le, da svoje življenje definirajo le še prek bolezni, kar dokazujejo tudi izjave o tem, da bo takrat, ko bodo ozdravele, vse drugače, temveč se večina od njih v celoti prepušča "pogledu drugega". Pogosto je katera od uporabnic vprašala članico osebja: "Povejte mi, ali sem danes kaj boljša?" Današnje visoko specializirano in segregirano medicinsko znanje povzroča, da ljudje, ki so v vlogi pacientov, praviloma z lahkoto in brez prevpraševanja sprejemajo medicinske sodbe, zdravniške diagnoze in medicinske obravnave, kar vzpostavlja posebno razmerje med zdravnikom, ki vodi obravnavo, in pacientom, ki ima od zdravljenja neka določena pričakovanja. Totalna odvisnost sproži tudi totalno odgovornost in totalen nadzor. Odnos zdravnica-pacientka v simbolnem in dejanskem smislu implicira odnose neenakosti, hierahije in binarnih nasprotij odgovornost/odvisnost, moč/nemoč, oblast/podrejenost, strokovnost/laičnost.

Kot poudarja Rosenberg (1992), je temelj zdravnikove socialne vloge v tem, da išče zdravljenje, ki potrebuje poimenovanje. Gre za zdravnikovo sposobnost poimenovati pacientovo bolečino, dati ime stvarim, ki jih odkrije, saj lahko šele tako deluje kot zdravnik. Zato je

bolje dati slabo ali netočno diagnozo kot nobene. Vprašanje je, kako vpliva dejstvo, da nekateri v bolnišnici ne vedo, kakšno diagnozo so dobili, na njihovo duševno zdravje. Ali je perspektiva diagnosticiranja enaka za zdravnika in za pacienta? Če znova pogledamo na vprašanje diagnosticiranja z vidika političnega, je mogoče pritrčiti Rosenbergu, ki poudarja, da "klasifikacije bolezni strežejo racionalizaciji in temu, da medirajo ter legitimirajo odnose med posamezniki in institucijami v birokratski družbi" (1992: 21).

Ko sem spraševala posameznice, ali bi se v bolnišnici bolje počutile, če bi imele svojo sobo, jih je večina odgovorila, da je ne potrebujejo. V očeh mnogih sem zagledala strah pred tem, da bi bile še bolj same. Imeti svojo sobo bi lahko tudi pomenilo, da ne bodo prišle nikoli več ven. Ugotovila sem, da odgovor ni povezan s starostjo ali slojevsko pripadnostjo. Zdi se, da je pristajanje na to, da živijo v sobi tri ženske skupaj, pomeni, da se ves čas ohranja občutek prehodnosti, trden občutek, da je "le bolnišnica". V bolnišnici pa se človek pozdravi in gre spet domov. Nekaj intervjuvank je izjavilo, da bi jih bilo strah, če bi bile same v sobi.

Življenje v bolnišnici je postalo sproščenейše, osebje prijaznejše, na oddelkih pa je manj vrat, ključev in zapiranja. Veliko se jih je spominjalo dogodka, ko so jih prvič zaprli v zamreženo posteljo, kot travmatičnega doživljanja. Uporabnice so pripovedovale, da je bil v preteklosti dogodek, ko so nekoga "strpali v mrežo", pogostejši kot danes. Ena od žensk je svoja občutja, ko so jo dajali v mrežo, primerjala s tistimi, ki jih je imela takrat, ko je doživela posilstvo. Izkušnja zaprtosti v zamreženi postelji je ena od izkušenj nasilja in zlorabe v instituciji.

Ena redkih študij v zvezi z osamitvijo psihiatričnih pacientov je že omenjena študija Julie Brown in Sharon Tooke (1992), ki pokaže, kako je bila osamitev vedno priljubljena

metoda za discipliniranje ljudi, ki so označeni kot psihotični, duševno prizadeti, izrojeni in emocionalno moteni. Namen osamitve je bil odvisen od trenutnega koncepta duševne bolezni in od koncepta njenega zdravljenja. Avtorici sta z analizo 26 empiričnih študij v zvezi z osamitvijo psihiatričnih pacientov prikazali najpogostejše razloge za osamitev, pogoje osamitve, skupine oseb, ki se jih najpogosteje osami, in njen emocionalni učinek.

Praviloma dojemajo pacienti medicinske sestre kot osebe, ki imajo veliko moč, saj so one tiste, ki najpogosteje izvajajo tovrstno izločanje in kaznovanje. Nasprotno dojemajo medicinske sestre same sebe kot osebe, ki so brez moči, kar z vidika bolnišnične hierarhije in podcenjenosti sestrskega poklica tudi drži. Medicinske sestre so po raziskavah o izoliranju psihiatričnih pacientov prepričane, da "delajo prav", ko osamijo osebo, da so tako varnejše in bolj gotove, in so prepričane, da pomagajo pacientu in nemotenem delovanju oddelka. Za tradicionalne psihiatrične institucije lahko z gotovostjo trdimo, da devalvirani status sestrskega poklica skupaj z dejanskimi izkušnjami nemoči, ki so povezane s slabo izobrazbo in celotno organizacijo institucije, povečujejo število represivnih ukrepov. Le-ti so edini način, da se osebje počuti varnejše in dobi občutek, da obvlada situacijo, in hkrati pomenijo tudi moč, ki je v drugih institucionalnih sferah ne morejo izvajati.

V raziskavi Brown in Tooke (1992) je 74% pacientov izjavilo, da so medicinske sestre prepričane, da je človek "dobil, kar je zaslužil" in da gre za način manifestiranja moči. Medicinske sestre pa so, nasprotno, v 91% primerov izjavile, da se ne počutijo tako, kot da bi imele moč, in 79% jih je izjavilo, da nikoli ne mislijo, da je izolirani pacient "dobil, kar je zaslužil" (1992: 718).<sup>1</sup>

Danes je v zahodnih bolnišnicah medicinska sestra vse bolj v vlogi mediatorke in svetovalke. Sestre opravljajo dela, ki so jih včasih

<sup>1</sup> Nekatere raziskave so pokazale, da zdravniki ocenjujejo medicinske sestre glede na to, kako dobro odgovarjajo na potrebe in zahteve zdravnikov in ne po tem, kako dobro odgovarjajo na potrebe pacientov (MATHEWS 1983). To pa tudi pomeni, da ni bilo tako pomembno, kakšne informacije o sestrah je osebje dobilo od pacientov, dokler so bile urejene stvari, ki so zadevale zdravnike. Leta 1950, na primer, je bilo v *Kodeksu etike ameriške zveze medicinskih sester* (American Nurses Association Code of Ethics) zapisano: "Dolžnost medicinske sestre je, da dela po navodilih zdravnika in da varuje njegov položaj." Leta 1970 pa se je zakon glasil: "Glavna odgovornost medicinske sestre je, da skrbi za tiste, ki zahtevajo medicinsko oskrbo" (MATHEWS 1983: 1376).



opravljali le psihiatri ali zdravniki (intervjuji, svetovanje, obiski na domu itn.). V tem smislu postaja medicinska sestra vedno bolj vmesni člen med pacientom in zdravnikom. Njeno delo ni omejeno le na bolnišnico, temveč vse bolj tudi na lokalno skupnost. To dokazuje, da se vse bolj zabrisuje stroga meja med tem, kaj je medicinska informacija in kaj ni zgolj medicinska informacija, kar je prineslo tudi redefinicijo vloge medicinske sestre.

Večina strokovnega osebja v psihiatriji je izjavila, da je glavni razlog osamitve, da onemogoči nasilje nad drugimi, povzročitev poškodb samemu sebi in uničevanje lastnine. Osebe v psihiatriji je mogoče razdeliti na tiste, ki redko uporabijo osamitev, in tiste, ki jo uporabijo pogosto, da bi zagotovili nemoten potek dela na oddelku. Nekateri člani osebja uporabljajo osamitev tudi kot terapevtsko sredstvo, kot posebno obliko terapevtske intervencije. Nekateri uporabljajo osamitev tako dolgo, dokler se ne pokažejo efekti psihofarmakov, saj mnogo strokovnjakov trdi, da je osamitev najpomembnejše terapevtsko sredstvo za zmanjšanje čutilnega inputa.

Čeprav je splošno prepričanje tako osebja kot pacientov, da je osamitev posledica nasilja, dejanske študije tega prepričanja niso potrdile. Analize opisov, ki so navajali razlog za osamitev, so pokazale, da večina pacientov dejansko ni bila nasilna, temveč je bila izražena le potencialna možnost za nasilno vedenje. Neposredno vprašanje, zakaj je bil človek odstranjen iz oddelka, je pokazalo, da so tako osebe kot pacienti izjavljali, da je bil človek odstranjen, ker je bil preveč moteč za oddelk in ker je bilo treba zagotoviti nemoteno delovanje oddelka. Obenem pa je raziskava pokazala, da dosti pacientov ni vedelo, zakaj jih je osebe osamilo. Razlika med odgovori osebja in pacientov je pokazala, da več pacientov kot osebja verjame, da so bili izolirani zaradi kazni. V eni od študij je 30% osebja in 58-75% pacientov izjavilo, da je bila osamitev kazen (BROWN, TOOKE 1992). Nekatero študijo dokazujejo, da je večina osebja prepričanega, da osamitev človeka umiri, da se pacient potem "lepše" obnaša, in da se zmanjšajo moteči socialni stiki, ki jih oseba navaja. S perspektive pacientov pa so raziskave ugotovile, da je "lepše vedenje"

povezano z posameznikovim "učenjem" tega, kaj pomeni za osebe moteče vedenje in kaj je tisto vedenje, ki jih bo obvarovalo večjih zlorab in kaznovanih metod. Pacienti se naučijo taktik, ki jim omogočajo čimboljše preživetje na oddelku, in načinov vedenja, ki jim prinaša čimmanj izgub.

Kaznovalni aspekt osamitve dokazuje tudi dejstvo, da je mnogo pacientov izoliranih takoj po sprejemu, kar pomeni, da osamitev ni "zadnje sredstvo", ki ostane na voljo, saj osebe šele pozneje uporabi manj nasilna medicinska sredstva. Razlogi in okoliščine, ki pripeljejo do osamitve, so povezani bolj z osebjem in delovanjem oddelka kot z nasilnostjo pacienta. Včasih je osamitev povezana z dejstvom, da pride na oddelk v istem času več nasilnih pacientov, s pomanjkanjem osebja na oddelku, z določenim dnevom (prazniki ali nedelje), z dnevnim obdobjem (ponoči ali popoldan). Nekatero študijo ugotavljajo, da je osamitev več takrat, ko je na oddelku veliko ali preveč osebja. V obeh primerih pa je osamitev povezana bolj z okoliščinami na oddelku kot s stanjem pacienta v trenutku osamitve. Tudi njihovo število je povezano bolj s filozofijo obravnave, terapije in pacientovih pravic, ki vlada na oddelkih, kot s samim nasiljem, saj raziskave kažejo, da število nasilnih situacij ni višje v ustanovah, kjer metod osamitve ne uporabljajo. Število osamitev je povezano s strokovno izobraženostjo osebja in njihovim pogledom na izolacijo. Njihovo število je višje tam, kjer ima osebe slabši odnos do skrbi za paciente, in tam, kjer ima osebe manj izkušenj z vedenjem, ki je težje obvladljivo, moteče, izzivalno. Čas trajanja osamitve je prav tako eden od dokazov, kako arbitraren je sklep, da določeno vedenje zahteva osamitev. Analiza 40 različnih psihiatričnih institucij je ugotovila, da je čas trajanja osamitve med 1,5 ure do 50,6 ur, ne da bi ob tem obstajale tudi jasne razlike v vedenju ali v diagnozah.

Navadno je osamitev značilna za paciente, ki so mlajši in na začetku psihiatrične kariere. Nekatero raziskavo so ugotovile, da je verjetnost bistveno višja pri tistih, ki so prisilno hospitalizirani, so ženskega spola in imajo diagnozo duševne zaostalosti (BROWN, TOOKE 1992: 79). Ta skupina pacientov ni bolj nasilna,



temveč se v zvezi z njimi spletajo med osebje negativnejše podobe, povezane s stereotipom o njihovi nasilnosti in bolezni.

Kot torej pokažeta Julia Brown in Sharon Tooke (*ibid.*), je osamitev pozitivna zlasti za osebe in za druge paciente, najmanj pa za prizadeto osebo. V njuni študiji so medicinske sestre izjavljale, da imajo največjo korist pri osamitvi najprej drugi pacienti, nato oseba, ki je bila izločena, in na koncu osebe. Nasprotno pa so pacienti izjavljali, da ima največjo korist od izločitve osebe, nato drugi pacienti, bolnišnica v celoti in šele na koncu oseba, ki je bila izolirana. Zanimivo je, da se obe skupini strinjata, da oseba, ki je izolirana, nima največ koristi od osamitve. To pa ponovno sproži vprašanja o etiki osamitve in o pravicah človeka, ki je prišel v psihiatrijo.

Gre namreč za dejanje kaznovanja, ki zbuja tesnobo in strah ter nasprotuje temeljnim pravicam pacienta po svobodi in spoštovanju. Politika osamitve je nezdružljiva s politiko skupnostne in socialne psihiatrije, saj so mnoge študije opozorile na njen antiterapevtski učinek, ki pogosto producira nove simptome. Veliko pacientov je imelo v času osamitve izkušnjo halucinacij, občutke zanemarjanja zaradi izolacije, zid med realnostjo in fantazijskim svetom pa se je včasih še utrdil. Osamitev je praviloma povezana tudi z drugimi mortifikacijskimi elementi jaza (oseba urinira v posteljo, ker ne more priklicati osebja, leži gola in jo zebe, ne more do pijače, je v sobi brez pohištva razen zamrežene postelje ipd). Kot poudarjata avtorici (*ibid.*), ni mogoče govoriti o terapevtskih pozitivnih učinkih osamitve tako, da se opazuje le bolj umirjeno in nemoteče vedenje. Nemoteče vedenje še ne pomeni emocionalnega dobrega počutja, kar so dokazale tudi raziskave, v katerih je večina pacientov govorila o negativnih učinkih, občutkih jeze in depresije po tem, ko so prišli iz osamitve. Mnoge informatorke so govorile o osamitvi, ki so jo doživele v Polju, kot o "najhujši stvari", ki se jim je v psihiatriji zgodila, o ponižanju, zanemarjanju in emocionalni deprivaciji.

V socialnih in psihosocialnih institucijah so na delu številne diskriminacije (starostna, etnična, glede na spolno usmerjenost, glede na diagnozo itn.), ki se skrivajo tudi v času, ki ga

osebje posveti določeni pacientki. Nekatere ga dobijo več, druge manj in tretje praviloma nič. Dobiti čas je v psihiatriji privilegij. Christine Perring (1990) v svoji raziskavi poudarja, da je osebe pozabilo na življenjske zgodbe ljudi z dolgotrajno psihiatrično hospitalizacijo, kar je avtorica označila kot enega od vidikov devalvacije pacientov kot ljudi. V Polju velja taka devalvacija za nekatere ženske, za druge ne. Okoli nekaterih oseb se spletajo najrazličnejši miti. Zdi se, da človek preživi s svojo osebno zgodovino le, če se ta spremeni v mit. Zdi se, da je v Polju posebnost na neki prav poseben način cenjena, brez zgodovine pa so vse tiste ženske, o katerih se ne spletajo miti in ki so tudi same neopazne in nemoteče. Pogosto so brez zgodovine starejše ženske in tiste, ki so tudi fizično bodisi zaradi svojega telesa, bodisi zaradi učinkov psihofarmakov ali osebne institucionalizacije neprijetne na pogled. Tu se kaže vpliv diskriminacije glede na starost in glede na telo.

Določena vrsta diskriminacije je tudi samo dejstvo, da postane človek, ki pride v institucijo, po določenem obdobju brez zgodovine in brez življenja, ki ga je živel prej. V deželah, kjer so se začele skupnostne službe razvijati ob koncu 70. let in je deinstitucionalizacija omogočila, da je začelo veliko ljudi živeti v skupnostnih oblikah namestitev, so člani osebja teh stanovanjskih skupin, pa tudi drugi začeli ponovno iskati pozabljene zgodbe dolgoletnih uporabnikov in uporabnic psihiatričnih bolnišnic. Takrat je najostreje prišlo na dan, da se je z vstopom v institucijo pretrgalo človekovo socialno življenje. Od tam naprej so se začele institucionalizacija, kronifikacija in mortifikacija jaza. To je v svoji raziskavi pokazala tudi Christine Perring (1990), ko je zapisala: "Ko so opisovali svoje življenje, so lahko stanovalci brez težav govorili o predbolnišničnem življenju, otroštvu, vsakdanjosti in spremembah. Ko pa naj bi spregovorili o vstopu v bolnišnico, se je zdelo, da so njihove zgodbe umrle - tako kot se je zdelo, da je umrlo njihovo vsakdanje življenje. Naučili so se živeti v bolnišnici, počasi so jo sprejeli kot svoj dom, vendar pa je tisto malo, kar so imeli povedati o dolgih letih v bolnišnici, odražalo njihovo doživetje vrednosti tega v njihovem življenju" (*ibid.*: 154).

Skupna značilnost oseb na oddelku je, da dobivajo psihofarmakološka sredstva. Zdravila so po eni strani pregrada med čustvi in zunanjim svetom, po drugi strani pa imajo simbolno vlogo: "kdor jemlje zdravilo, bo ozdravel."

Nekatere vedo, katera zdravila jemljejo, večina pa je poznala le njihovo barvo. Odgovori so si bili med seboj podobni: "Dobivam eno rumeno tabletko, trikrat na dan dve beli, eno kapsulo in dve rjavi." To pomeni, da uporabnice bolnišnice nimajo nobene informacije in nobenega nadzora nad tem, kakšna zdravila dobivajo, kakšno količino, in kakšni so njihovi stranski učinki. Nekatere uporabnice so govorile, da se počutijo v sebi "zapačane", "polne strupov in kemije". Nekatere so dejale, da si najbolj na svetu želijo, da bi enkrat nehale jemati zdravila.

Ena od njih je pripovedovala: "Zdravnica mi je rekla, da je moja bolezen mogoče povezana z nizkim pritiskom. Ko sem bila na sprejemni, so mi dali injekcijo in sem padla skupaj. Potem so mi hitro dali še eno injekcijo za pritisk. Zaspala sem, zdaj se mi vrti v glavi, na bruhanje mi gre. Pa ne morem bruhat. Zdaj, ko imam tablete, je malo boljše, kot je bilo, ko sem dobivala injekcije. Mislim, da imam Moditen in Akineton. In kapljice za pritisk. Ne vem, zakaj so te tablete. Mislim, da za ozdravitev, da mi jih drugače ne bi dali."

Tretja vloga zdravil je socialna in tako kot dnevni obrok strukturira brezkončni čas v instituciji. Pomembna socialna vloga zdravil je v tem, da se trikrat na dan srečajo vse uporabnice okoli mize, na kateri stojijo v majhnih kozarcih z njihovimi imeni odmerjene količine tablet. Iz sob pridejo tudi tiste, ki drugače nikoli ne vstanejo iz postelje. Za medicinske sestre je razdeljevanje zdravil oblika skrbi, edini dogodek, ko srečajo vse pacientke in stopijo z njimi v stik vsaj preko žlice, ki jim jo potisnejo v usta. V totalni ustanovi ima razdeljevanja zdravil skrbstveno vlogo.

Od leta 1992 osebe bolnišnice nič več ne uporabljajo elektrošoka, ker se je pokvarila naprava za dajanje elektrokonvulzivne terapije. Bila je nevarna za zdravnika, ki jo je uporabljal. To je primer arbitrarnosti postopkov in terepij, ki naj bi vplivali na duševno zdravje. Razlog, zakaj je naprava pokvarjena še danes,

je tudi v tem, da vodstvo bolnišnice ni naklonjeno elektrošokom. Vseeno pa se ne opredeli proti njim in čez čas bodo kupili nov stroj.

Z nakupom nove naprave se bodo najverjetneje spet okrepiли tisti ideološki glasovi, ki bodo dokazovali zdravilne učinke elektrošoka. Obstaja velika verjetnost, da se bo število elektrošokov v nekem obdobju strmo zviševalo. Nasprotno pa je naključni dogodek učinkoval tako, kot bi si nekdanja želela vsa antipsihiatrična gibanja proti nasilnim metodam v psihiatrični instituciji: elektrokonvulzivna terapija se ne zdi več nujni del zdravljenja.

Življenje v instituciji vpliva tudi na to, kakšno bo življenje zunaj nje. To velja zlasti za dolgotrajne uporabnice, ki so v bolnišnici od mladosti in za katere je psihiatrična ustanova v nekem smislu prostor sekundarne socializacije. Alienacijska razmerja v instituciji v teh primerih vplivajo tudi na tujost v zunanjem svetu. Dober primer za to sta dolgotrajni uporabnici, ki se z oddelka poznata že 15 let. Na oddelku preživita ves čas skupaj, kuhata kavo, in ker sta le v dnevni oskrbi, se vsak dan z avtobusom skupaj peljeta domov. Ko sem eno od njih vprašala, ali se med seboj tudi obiskujeta in ali bosta morda skupaj preživel Božič ali kakšen dan prihajajočih praznikov, je odgovorila: "Ne, nikoli ne hodiva na obisk druga k drugi. Ona ni bila še nikoli pri meni in tudi jaz nisem bila še nikoli pri njej doma. Nimam navade, da bi se še po bolnišnici družila z bolnicami." Gospa hodi na dnevno oskrbo že 17 let.

Ta zgodba pove veliko o tem, kakšna je socialna podoba uporabnikov bolnišnice o drugih in kakšna je njihova podoba o sebi.

Zaradi potrebe po razločitvi ženska noče imeti stikov z ljudmi, ki so prav tako stigmatizirani kot ona in ki njeno ponotranjeno stigmo še krepijo. Družiti se z ljudmi, ki so stigmatizirani, pomeni za tistega, ki je etiketiranje drugačnosti sprejel kot del svoje identitete, skrajno kontaminacijo lastne podobe o sebi. Iz odgovora bi bilo mogoče sklepati, da ženska svojo družabnico dojema kot duševno bolnico in sebe kot "nekaj drugega". Ta specifična premestitev omogoča, da ženska ohranja pozitivno podobo o sami sebi prav prek te razlike. Na individualni ravni gre torej za ohranjanje odločilne razlike, ki posameznici omogoča

prostor svobode, v katerem se počuti "drugačno" od ostalih žensk, s katerimi je vsak dan v bolnišnici. To ji daje določeno avtonomijo pri definiciji tega, kaj je in kaj ni sama, kaj jo razlikuje in s tem ohranja delec njene samopodobe. Po Goffmanu gre za specifično strategijo, ki jo oseba uporablja pri upravljanju s svojo stigmo. Na socialni ravni ustvarja njen odnos prostor odtujenosti, kjer ni prostora za medsebojno podporo, delitev skupne izkušnje in vsakdanjih situacij zunaj ustanove.

Študije, ki se ukvarjajo z učinki označevanja in stigmatizacije, dokazujejo, da se ljudje s posebnimi potrebami ves čas zavedajo svoje stigme in da jo praviloma poskušajo odbiti tako, da prikrijejo psihiatrično kariero in samih sebe ne dojemajo kot "pacientov" (MARKOVA, JAHODA 1992).

Obenem pa gre za situacijo, v kateri manjka nujna politična drža, s pomočjo katere so si uporabniki in uporabnice po svetu izborili več pravic, kvalitetnejšo obravnavo in manj stigmatizirano družbeno podobo. Kulturne okoliščine ne omogočajo, da bi ljudje s psihiatrično stigmo artikulirali svoj položaj in se s politično akcijo javno zavzeli za destigmatizacijo. Ustvarjanje novih socialnih reprezentacij pa zahteva tudi drugačna poimenovanja, ki jih nazorno opišeta naslednja slogana: "Vi pravite mongoloid. Mi pravimo Downov sindrom. Prijatelji mu pravijo David." Ali: "Sara se je pravkar naučila reči dober dan. Se lahko vi naučite, da ne rečete več mongoloid?" (MARKOVA, JAHODA 1992: 23).

Nekatere študije o reakcijah ljudi na transparente, ki so se ob priložnostnih demonstracijah pojavljali v javnosti skupaj z ljudmi s posebnimi potrebami, dokazujejo, da je javnost prej pripravljena odgovoriti z občutki krivde kot z odprto naklonjenostjo, povezano z drugačnim odnosom do ljudi s posebnimi potrebami. Transparente, ki so izzvali sočutje, krivdo in naklonjenost do prizadetih ljudi, so ljudje hitreje podprli kot transparente, ki so sporočali, da imajo duševno in telesno prizadeti ljudje iste pravice kot neprizadeti (MARKOVA, JAHODA, 1992: 23).

Erving Goffman (1987) je v svojih analizah delovanja psihiatrične bolnišnice opozoril na pravila institucionalnega življenja, ki vladajo v

ustanovah, na prevzem institucionalnega načina komunikacije in na specifično institucionalno držo, ki jo je najti med ljudmi z dolgotrajno psihiatrično kariero. Njihova drugačnost postane vidna, ko je stik z zunanjim svetom tako pretrgan, da se začne posameznik/posameznica razlikovati od ljudi, ki so del zunanjega sveta. Drugačnost ni posledica njihove bolezni, diagnoze in patološkega bolezenskega stanja, temveč prevzetega kulturnega obnašanja, ki je del totalne ustanove. Civilnost ustanove je mogoče meriti prav po tem, kolikšna je njena odprtost do zunanjega sveta, kako se institucionalno in civilno med seboj prepletata in koliko spodbuja uporabnike/uporabnice za življenje zunaj institucije, za svet vsakdanjega življenja. K civilnosti ustanove največ pripomore osebe, ki lahko spodbuja uporabnike/uporabnice k avtonomnosti, medsebojnemu spoštovanju in iskanju novih rešitev za vsakdanje življenje, ali pa jih z institucionalno, paternalistično držo umešča v okvire odvisnosti, nizkega samospoštovanja in pasivnosti.

V času predprazničnih popoldnevov, ko je bilo na oddelkih še zlasti pusto in žalostno in se je po hodnikih vlekel neki poseben obup, sem povabila na glasbeno popoldne prijateljico Jano Rošker, ki je na kitaro igrala svoje lirične pesmi in pela ali spremljala ženske, ki so pele slovenske pesmi. Na hodniku smo spremenile običajni red miz in stolov in povabile še ženske s sosednjega oddelka. Vzdušje, ki je nastalo, je bilo bolj podobno koncertu, na katerega je prišlo majhno število ljudi in kjer sta se zato lahko razvila sproščenost in neposredni stik med avtorico in poslušalkami, kakor pa oddelku psihiatrične bolnišnice. Ženske so se v ljudno obračale druga k drugi, sramežljivo jemale sladkarije na mizi, kot takrat, ko pride človek na obisk, a ne pozna dobro gostiteljev in stopnje medsebojne zaupljivosti. Nekatere so spremljale koncert tudi takrat, ko je sestra prinesla na oddelek malico, okoli katere se navadno kar najhitreje zgrne ves oddelek. Iz sobe je prišla tudi ženska, ki je v bolnišnici že desetletje in je nisem nikoli videla sedeti na hodniku ali govoriti. Ko je videla, da prepevamo, je sedla zraven in začela peti, pozneje pa na meni nerazumljiv in premalo artikuliran način na kratko spregovorila z eno od uporabnic. Moja

pretresenost nad tem dogodkom je bila povezana s prepričanjem o njeni popolni odsotnosti in totalni kronifikaciji. Zato se ji nisem nikoli, ko sem jo videla iti na stranišče ali po zdravila, poskusila približati in jo ogovoriti. Misel, ki me je ob tem prešinila, je bila vsakdanja. Ženska očitno rada poje, to pomeni, da bi se njeno zanimanje za socialni svet povrnili, če bi ugotovili, kaj je tisto, kar ženska še rada počne.

Ko je bilo koncerta konec, so začele ženske navdušeno ploskati in nekatere so avtorici koncerta osebno čestitale in se ji zahvaljevale. Ena od njih ji je na vsak način hotela v žep stlačiti denar. Uporabnice njenega obiska niso jemale kot del prednovoletne bolnišnične ponudbe, temveč kot dogodek za njih, kot nekaj, kar je bilo organizirano zato, ker so predsilvestrski koncerti za mnoge ljudi nekaj vsakdanjega. Ne le, da je v institucijo prišel del civilnega sveta, ki je imel posledice za počutje uporabnic, temveč se je vzpostavila tudi

situacija, ko so bile za hip pomembne njihove potrebe: ženske so bile vzete resno. Najverjetneje se lahko v klasični psihiatrični instituciji civilna situacija vzpostavi šele, ko pridejo vanjo osebe iz "vsakdanjega sveta".

Iz povedanega izhaja, da je skupna značilnost uporabnic bolnišnice pomanjkanje izbire, spodbud in samozavesti in porušena samoodoba na že načetem zemljevidu negotovosti vase. O tem so najjasneje govorile življenjske zgodbe in njihovi fragmenti. Glavna področja, o katerih so posameznice najpogosteje pripovedovale in ki jih lahko zato, ker so jih izbrale iz množice življenjskih dogodkov, opredelimo kot ključna za njihovo duševno zdravje, so bila: ekonomska stiska, socialna ogroženost, osamljenost, pomanjkanje kvalitetnega intimnega odnosa in izguba človeka, ki je bil posameznici najbližji (otroci, mama, oče).

(Se nadaljuje.)

Literatura bo navedena na koncu zadnjega dela.)

## OD TEORIJE SUBKULTURE DO KULTUROLOŠKIH ŠTUDIJ

Prejdeno se bomo v enem od naslednjih zvezkov izlihi nekoliko podrobnejšega pregleda dogajanja v okviru kulturne prakse. Najprej o rock-and-roll, ki bo v kratkem splošno razpisal letnico življenja, se bomo pomislili ob vzpostavitvi nastanka in razvoja pomembne prave subkulture in njenega razmerja do rock-and-rolla na eni strani in do postmodernega zgodnjega konstruktivnega, pogosto vsakdanjega življenja, na drugi. Po eni strani bi namreč želeli "opu", "na realna tla postaviti", "v realnostjo soditi" včasih po našem tuznem miselnoizraževalnem skopek vsebin, ki jih razumemo pod pojmi "subkulturalni način preživetja", "paralelni svetovi", "subverzivni življenjski stil", "magična razrešitev" in podobno. Zanimivo in indikativno. Kar simptomatično je, da je tudi to pomembno vlogo možnega sprožilca, namiga za tovrstno razmišljanje, odigral t. i. "feministični pogled". Po svoje ključna se nam zdi napreč opazka britanske moretičarke Angela McRobbie. V sodelni dveh pomembnih delih vidnih britanskih teoretikov subkulture, *Learning to Labour* Paula Willisa in *Indulgence*

sko ter določiti njeno mesto in vlogo v okviru "pogumnih podvigov subkulture". Tako na razni ravni naravnost nezadržano izražajo željo in hkrati strahujujoče in skrajno prepričano ugotavlja: "Malo piscev je razmislilo, kaj se je dogajalo, ko se je pripadnik subkulture modov vrač domov po koncu tedna, ki ga je preživel na spodu. Le tisto, kar se je zgodilo zunaj na ulici, je bilo pomembno" (Perry, Goodman 1990: 69). Kdo je temu mladoletniku pral umazano perilo, mu kuhel večerjo in ga negoval, ko si je lizal rane po hruših pretepih s pripadniki konkurenčne subkulture, rockerji, ni nikogar zanimalo. Takoj zatem Angela McRobbie ugotavlja, da "tisti, ki so opisovali sporade med tednji, modji in rockerji, niso pokazali, kako neprimerna celje je bilo za ženske (četu tudi je začasno) vbežati vsakdanu, pa še ti simbolični pobegi so bili večkrat v breme drugih žensk (slasti matere) in vrstnic" (*ibid.*).

Vsekakor ni naključje, da je bil omenjeni tekst Angela McRobbie v zborniku *On Record* objavljen v razdelku z nadnaslovom *Od subkulture do kulturoloških študij* (From subculture to cultural studies), in se, recimo, v drugem razdelku z nadnaslovom *Glasba in spolnost* (Music and sexuality). Njen prispevek zares pomembno je posega v sami način pristopa oz. spreminja zorni kot ali kar izhodišči







## Milko Poštrak

### KJE SO SUBKULTURE DANES?

(III)

V prvih dveh delih iz niza zapisov o subkulturah smo se že dataknili vprašanj, vezanih na nastanek subkulture in na terminološke zagate v zvezi s pojmi, ki jih uporabljamo v tem okviru. K omenjenim vprašanjem se bomo vedno znova vračali tudi v nadaljevanju, saj prežemajo vsebinske razsežnosti te problematike oz. so z njimi neločljivo povezane. Tudi v pričujočem sestavku, kjer bomo na kratko pregledali razvoj raziskovanja subkultur od analiz mladostniške delikvence do kulturoloških študij...

#### OD TEORIJ SUBKULTURE DO KULTUROLOŠKIH ŠTUDIJ

Preden se bomo v enem od naslednjih zapisov lotili nekoliko podrobnejšega pregleda dogajanja v okviru kulturne prakse, imenovane rock-and-roll, ki bo v kratkem slavila polstoletnico življenja, se bomo pomudili ob vprašanju nastanka in razvoja pomenov pojma subkultura in njenega razmerja do rock-and-rola na eni strani in do pomembnega sodobnega konstrukta, pojma vsakdanjega življenja, na drugi. Po eni strani bi namreč želeli "ujeti", "na realna tla postaviti", "z realnostjo soočiti" včasih po našem mnenju mistificiran/zamegljen skupek vsebin, ki jih razumemo pod pojmi "subkulturniški način preživetja", "paralelni svetovi", "subverzivni življenjski stili", "magična razrešitev" in podobno. Zanimivo in indikativno, kar simptomatično je, da je tudi tu pomembno vlogo možnega sprožilca, namiga za tovrstno razmišljanje, odigral t. i. "feministični pogled". Po svoje ključna se nam zdi namreč opazka britanske teoretičarke Angele McRobbie. V analizi dveh pomembnih del vidnih britanskih teoretikov subkultur, *Learning to Labour* Paula Willis in Hebdigove

*Subculture, The Meaning Of Style* (slednja je ob zborniku, ki sta ga uredila Stuart Hall in Tony Jefferson, *Resistance Through Rituals*, izdanem leta 1976, ena temeljev za sodobno pojmovanje in proučevanje subkultur vsaj v Veliki Britaniji) McRobbie namreč ugotavlja, da o ženski v subkulturii vlada molk. Podobno meni tudi Brake, ki pravi, da so dekleta v subkulturii "nevidna" (BRAKE 1985: 163-183). Z branjem med vrsticami poskuša McRobbie le najti žensko ter določiti njeno mesto in vlogo v okviru "pogumnih podvigov subkulture". Tako na enem mestu naravnost nevzdržno obremenjujoče in hkrati streznjujoče in skrajno preprosto ugotavlja: "Malo piscev je zanimalo, kaj se je dogajalo, ko se je pripadnik subkulture modov vrnil domov po koncu tedna, ki ga je preživel na speedu. Le tisto, kar se je zgodilo zunaj na ulici, je bilo pomembno" (FRITH, GOODWIN 1990: 69). Kdo je temu mladostniku pral umazano perilo, mu kuhal večerjo in ga negoval, ko si je lizal rane po burnih pretepih s pripadniki konkurenčne subkulture, rockerji, ni nikogar zanimalo. Takoj zatem Angela McRobbie ugotavlja, da "tisti, ki so opisovali spopade med tediji, modi in rockerji, niso pokazali, kako neprimerno težje je bilo za ženske (č-tudi le začasno) ubežati vsakdanu, pa še ti simbolični pobegi so bili večkrat v breme drugih žensk (zlasti mater) in vrstnic" (*ibid.*).

Vsekakor ni naključje, da je bil omenjeni tekst Angele McRobbie v zborniku *On Record* objavljen v razdelku z nadnaslovom Od subkulturnih do kulturoloških študij (From sub-cultural to cultural studies), in ne, recimo, v drugem razdelku z nadnaslovom Glasba in spolnost (Music and sexuality). Njen prispevek zares pomembneje posega v sam način pristopa oz. spreminja zorni kot ali kar izhodiščni

položaj proučevanja (tudi) subkultur. To proučevanje bo odslej v odnosu do subkultur umeščeno v širši kulturološki pristop, ki vleče korenine (tudi) iz antropoloških študij ali je kar utemeljen v njih. S tega vidika spet ni naključje, da ima ena najnovejših knjig (celo) domačega avtorja Rajka Muršiča z naslovom *Neubesedljive zvočne igre* (1993) pomenljiv podnaslov *Od filozofije k antropologiji glasbe* in da se tudi Kurt Blaukopf v knjigi *Glasba v družbenih spremembah* (1993), čeprav že s podnaslovom izpostavi, da naj bi se ukvarjala s "temelnjimi potezami sociologije glasbe", izdatno opira prav na kulturološke študije, ki imajo svoj vir spet v antropoloških spoznanjih.

Vsaka oblika oz. "način življenja", tudi "alternativni poskusi spoprijema s stvarnostjo", se namreč morajo soočiti z nekaterimi ključnimi in neizogibnimi vprašanji "pre-živetja", kot bi rekel antropolog Serpell. Serpell na nekem mestu pravi, da je kontakt med različnimi kulturami v dvajsetem stoletju dobil take razsežnosti, da se ne sprašujemo več, zakaj so ljudje drugačni od nas, temveč se vse bolj čudimo, koliko različnih načinov življenja ljudem omogoča, da preživijo (1978: 7). Te opazke ne omenjamo kar tako, saj menimo, da je prav "multikulturalnost" ena od ključnih opredelitev dogajanja v dvajsetem stoletju, zlasti v njegovi drugi polovici, in da je v osnovi t. i. "populärne" oz. (kot smo omenjali tudi v prejšnjem nadaljevanju) "sodobne kulture" pravzaprav soočenje dveh velikih kulturnih sklopov s tisočletno tradicijo: belskega evropskega in črnškega afriškega. To soočenje se je dogajalo na različnih ravneh in na različne načine, seveda tudi z različnimi posledicami, nas pa bo na tem mestu najbolj zanimala tista njegova razsežnost, ki se je odvijala na ozemlju ZDA, deloma pa tudi na Jamajki in v Veliki Britaniji oz. v Evropi. A več o tem nekoliko pozneje oz. v enem od naslednjih nadaljevanj.

Vsaka oblika kulture mora torej nekako razrešiti vprašanje prebivanja, odnosov z drugimi ljudmi, odnos do rojstva, smrti itn. Temu bi Winch rekel tudi "omejevalni pojmi". Winch namreč pravi, da si lahko, kadarkoli nas zmede smiselnost nekega tujega sistema institucij, ali drugače, nepreglednost, tujost, nerazumljivost neke kulture oz. kulturne prakse,

pomagamo s temi omejevalnimi pojmi (GIDDENS 1989: 53). Vprašamo se oz. pogledamo, kako dana (sub)kultura razrešuje ta vozlišča.

Hkrati lahko ugotavljamo tudi stopnjo "vseobsežnosti" določene subkulture. Z "vseobsežnostjo" hočemo izraziti, koliko je neka subkultura celovita, samostojna kulturna praksa, koliko njenemu pripadniku ali protagonistu pomeni "alternativno družbeno konstrukcijo realnosti" v vseh njenih razsežnostih, koliko pa morebiti le delne "rešitve", le okrnjene, na posamezne segmente bivanja vezane vsebine. Ali drugače: koliko je le "modna muha", omejena na prosti čas po šoli, delu ali ob konec tedna, koliko pa je za posameznika ali skupino/skupnost celovit, vseobsegajoč način življenja oz. vsebina, ki bistveno določa odnos posameznika do sveta. Koliko je torej "alternativna družbena konstrukcija realnosti".

S tem v zvezi lahko omenimo še sorodno ugotovitev, čeprav osredotočeno na drug izseček, na posameznika znotraj dane subkulture. Gre namreč za ugotavljanje, da je "subkultura" za nekoga le drobec v preživljanju prostega časa, zabava za konec tedna, za drugega pa dobesedno "edina alternativa", paralelna (čeprav za njega središčna) "realnost". Tu imamo v mislih recimo pripadnika srednjega razreda, ki se lahko "odloča" za eno od (bolj ali manj modnih oz. trendovskih) oblik "subkulturnega" življenja in za stopnjo svoje vpletenosti vanjo na eni strani, pa recimo pripadnika delavskega razreda ali nacionalne, rasne ali kakšne druge manjšine, ki je v bistvu "potisnjen" v "subkulturni način preživetja" (FRITH 1986: 200-215, prim. tudi 250-251 in drugod, in HEBDIGE 1979). Seveda se v tem primeru gibljemo v kontekstu t. i. "sodobnih urbanih subkultur", torej tistih oblik "pre-živetja", ki se oblikujejo v razvitem svetu, zlasti v ZDA, Evropi in na Japonskem in ki se pretežno vežejo na t. i. "populärno oz. sodobno glasbo", zlasti na jazz, rock-and-roll in sorodne stile in nanje vezane oblike umetnosti.

Ob tem lahko - spet v zvezi z antropologijo - omenimo, da je Hebdigeova študija *Subculture: Pomen stila* (*Subculture: The meaning of style*, 1979), pravzaprav svojevrstna antropološko-etnološka analiza tiste oblike kulture, ki smo ji rekli "sodobna urbana subkultura".

Pojem subkulture naj bi, kot navaja Brake, prva uporabila McLung Lee in M. Gordon neposredno po drugi svetovni vojni (BRAKE 1984: 20). To ne bi bilo naključje, saj se je prav tisti čas na različnih ravneh pripravljala teren za nastop sodobnih oblik urbanih subkultur. V mislih imamo knjigo *On The Road* Jacka Kerouaca, izdano leta 1957, slovenski prevod pa je izšel pri koprski založbi Lipa leta 1967. Slednja je seveda ena od najbolj "magičnih" letnic iz konteksta subkultur nasploh. Mimogrede, Frith v svoji knjigi *Zvočni učinki* navaja Roberta S. in Helen M. Lynd, ki bi naj že leta 1937 v eni svojih študij o mladini pisala o "samozavedni subkulturi mladih" (FRITH 1986: 184).

Lyndova in Lee in Gordon so seveda pojmu subkultura dajali vsak svojo vsebino, kot so to storili še mnogi drugi (ROSZAK 1970, FRITH 1978 in 1986, HEBDIDGE 1979, BRAKE 1984 in 1985, TOMC 1989, FRITH, GOODWIN 1990 in drugod).

Akademski proučevanja tistega, čemur se je pozneje reklo subkulturniško obnašanje, bi lahko zasledili vsaj že na prelomu devetnajstega v dvajseto stoletje, ko so zlasti v Ameriki začeli sistematično proučevati mladoletniško prestopništvo v urbanih središčih (BRAKE 1985: 30-57). Najbolj celovit program dela z mladimi je zastavila Univerza v Chicagu, njen program pa je kmalu dobil naziv "chikaška šola" (34). Pomembno in vredno razmisleka je, da se je izpostavil problem mladostniškega oz. najstniškega obdobja in da se je ta problem izoliral od ostalih, od konteksta razredne, etnične, spolne pripadnosti, od geografskega položaja in drugih družbenih faktorjev. Tradicija tovrstnega obravnavanja t. i. "mladoletniškega prestopništva" se je vlekla še daleč v petdeseta in šestdeseta leta, njeni ostanki pa so opazni še dandanes. Tudi v zvezi oz. v kontekstu govorjenja o subkulturah.

Tako ne preseneča, da so se prve povojne študije subkulturniškega načina obnašanja pravzaprav ukvarjale s prestopništvom (FRITH 1986: 181-199, BRAKE 1984: 17-25, 34 in drugod). Tako pravi Brake v uvodu svoje knjige *Primerjalna analiza mladinskih kultur* (*Comparative Youth Culture*), da bo v njej raziskoval različna dela o mladinski kulturi, subkulturah in prestopništvu, o temah torej, ki so bile

predmet raziskav od zgodnjih tridesetih let tega stoletja (1985: IX). Pojma mladinska kultura in subkultura se prepletata še sedaj. Nazadnje je recimo znani ameriški teoretik Lawrence Grossberg v sestavku Ali obstaja rock po punku? (*Is There Rock After Punk?*, FRITH, GOODWIN 1990: 111-123), govoril o razmerju med rock-and-rollom kot kulturno prakso in (vedno) pomembno razsežnostjo subkulture, o mladih pa kot o pripadnikih nečesa, čemur včasih rečemo tudi mladinska kultura. Rock-and-roll, svojčas glasba mladih (ali vsaj mladih po srcu), pač že nekaj časa ne more biti več zgolj to (tudi če sploh pristane mo na tezo, da je bil rock-and-roll sploh kdaj samo glasba mladih). Kompleksna razmerja med mladimi oz. mladinsko kulturo, subkulturo in rock-and-rollom je Grossberg sicer priložnostno analiziral skozi prizmo izkušnje s punkom, pa vendar je v njegovem pisanju nekaj sklepov in nastavkov, ki jih lahko uporabimo tudi tukaj. Tako govori o pomembnosti proučevanja pomena, ki ga ima rock-and-roll kot glasba in kot kulturna praksa za svoje poslušalce in za protagoniste t. i. mladinske kulture. Hkrati Grossberg tudi opozarja na težave, ki nas čakajo ob tem raziskovanju (112-116).

Brake (1985: 39) navaja, da sta bila mladina in najstništvo v središču pozornosti proučevanja v ZDA v tridesetih letih tega stoletja. Tako navaja sociologa Reuterja, ki je leta 1936 trdil, da mladostniki živijo v drugačnem svetu kakor odrasli in da ustvarjajo lasten družbeni red, ločen od sveta odraslih. Tudi antropolog Ralph Linton je leta 1942 omenjal, da imajo mladi svoje lastne prepoznavne kulturne vzorce (*ibid.*). Dokončno je pojem "mladinska kultura" v štiridesetih letih tega stoletja skoval Talcott Parsons. Po njegovem mnenju razvije mladinska kultura vrednote, nasprotne vrednotam sveta odraslih, kakor so produktivno delo, prilagajanje rutini, odgovornosti. Mladostniki razvijejo lastne vrednote: zapravljanje, hedonistične prostočasne dejavnosti, neodgovornost. Brake pravi, da lahko stanje, ki ga opisuje Parsons, najdemo med mladimi na visokih šolah, ta stereotip pa je bil razširjen ne le v ZDA, temveč tudi v Veliki Britaniji, Kanadi in Evropi. Parsons je mladinsko kulturo razumel kot nekakšne "obrede prehoda"

meščanske mladine med njeno mladostno odvisnostjo in odraslo samostojnostjo (40). Mladih iz delavskega razreda v tej sliki ni bilo. Pozneje, v šestdesetih, je Parsons nekoliko spremenil stališča in začel govoriti o nekakšni vrstniški skupini. Politično so bili mladi po Parsonsu zagovorniki pravičnosti in družbenih sprememb, aktivistični, vendar frustrirani, ker so bili brez politične moči in vpliva. Parsons je sklenil, da so mladi pripravljene delati v okviru sistema in ne proti njemu. Zato ga je lahko toliko bolj presenetil radikalizem meščanske mladine v drugi polovici šestdesetih (*ibid.*).

Seveda so Parsonsa kritizirali mnogi takratni avtorji. Med njimi omenimo vsaj Murdocka in McCrona, ki sta Parsonsova stališča pojmovala kot del ideoloških bojev v času hladne vojne. Zlasti sta očitala Parsonsu odsotnost razrednega pristopa in ga soočala s Hollingsheadovim proučevanjem mladih iz Elmtowna. V tej raziskavi je bil izpostavljen razredni vidik družbenega obnašanja, Hollingshead pa je ugotavljal, da je obnašanje mladih iz različnih razredov zelo raznoliko in določeno s subkulturnimi obrazy družine in soseske, še zlasti pa družbe, v kateri se je gibal mladostnik (41).

James Coleman je proučeval deset visokih šol v Illinoisu in ugotavljal, da politični pluralizem izhaja iz kulturnih razlik (*ibid.*). Kljub temu je prevladujoč koncept (amorfne) mladinske kulture obveljal še nekaj časa, tudi še potem, ko se je namesto tega pojma začel uporabljati pojem subkultura.

Brake naprej navaja raziskave, ki so izpostavljale visoko stopnjo povezanosti pripadnosti delavskemu razredu in kriminala tudi pri mladostnikih (43-46). Sutherland in Cressey sta sredi šestdesetih postavila model teorije učenja, utemeljen na pojmu pogojevanja, razvitem v psihologiji in razširjenem na širšo sociološko osnovo. Po njunem mnenju so se tam, kjer je obstajal eksces v povezavi z deviantnimi nosilci, še zlasti v bolj intimnih, tesneje povezanih skupinah, razvili naučeni motivi, ki so racionalizirali antisocialno obnašanje. Po Brakeovem mnenju lahko ta pristop, ki je zmes teorije socialnega učenja in simboličnega interakcionizma, pojasni, kako pride ideologija v zavest, in celo, kako se uči, vendar ne pojasni upravičenosti motivov (47). Glaser je šel korak dlje.

Povezal je simbolični interakcionizem in kulturni pluralizem. V konstruiranju realnosti bi naj po njegovem pomembno vlogo odigrale predstave in prevzemanje vlog. Glaser je navajal, da naj bi se v svojem življenju večina posameznikov poistovetila tako s kriminalnimi kot nekriminalnimi osebami (*ibid.*). Ob tem je Glaser navajal Shibutanija, ki je opozoril, da referenčne skupine niso le resnične, temveč tudi mitične ali izmišljene. Mladostnike pri subkulturah bolj pritegne tisto, kar mislijo, da le-te so, kot pa tisto, kar v resnici so. Tu se Brake naveže na tisto, kar Giddens imenuje "zdrsnjenje" (*slippage*) v subkulturo. Zdrsnjenje se zgodi, pravi Giddens, ko si predstave prisvojijo tisti, katerih vedenje so nameravali analizirati, in odslej postanejo integralni del tega obnašanja (*ibid.*).

Brake naprej izpostavlja pomen možnih vlog znotraj subkulture in pomen same subkulture kot ključnega elementa pri vzpostavljanju identitete (*ibid.*). Podobno je tudi Plummer videl pomembno zvezo med konstrukcijo identitete in subkulturo, ki lahko podpre dano (alternativno oz. od prevladujoče drugačno) konstrukcijo identitete (48).

V zvezi z vrednotenjem lastnega vedenja deviantne osebnosti je Matza zavrnil prej omenjeno tradicionalno subkulturno teorijo, po kateri delinkventi sprevernejo konvencionalne norme. Vprašal se je namreč, zakaj potem delinkventi občutijo krivdo oz. vedo, da so storili nekaj narobe? Ob tem razvijejo vzorce reagiranja, s katerimi poskušajo nevtralizirati vez konvencionalne morale (53). Matza je menil, da je subkultura okvir za izvrševanje prestopniških dejanj, skupnih skupini. Člani skupine zdrsnejo v kriminalna dejanja in spet iz njih (*ibid.*). Pomembnost Matzove sofisticirane fenomenologije je - kot opozarja Brake - kljub občasni naivnosti v tem, da je odprl vprašanje, zakaj in kako posamezniki izberejo odklonsko obnašanje in zakaj drugi tega ne storijo, celo v enaki socialni situaciji. To je bistven odmik od nevarnosti strukturnega determinizma (56). S tem pa se tudi mi poslavljamo od tradicije najzgodnejših proučevanj oblik mladostniškega obnašanja.

Mnogi avtorji (Roszak, Frith in sodobniki) so se ob koncu šestdesetih in v začetku



sedemdesetih gibali v kontekstu tistega, čemur bi lahko rekli sociološki zorni kot ali kar "sociologija rocka". Ta zorni kot vsaka po svoje dokumentirata knjigi *The Making Of The Counterculture* (Kontrakultura) Theodora Roszaka ter *Sociologija rocka oz. njena poznejša predelava* z naslovom *Zvočni učinki* Simona Fritha. Obe knjigi imamo v slovenskem in srbohrvaškem prevodu, zato se na tem mestu z njunimi sklepi ne bomo ukvarjali.

Brake in Hebidge sta v drugi polovici sedemdesetih že pripadala t. i. "subkulturnim teoretikom". Hebidgeovo knjigo *Subculture: The Meaning of Style* (1979) imamo na voljo v srbohrvaškem prevodu z naslovom *Potkultura, značenje stila*, Brakeovo *The Sociology of Youth Cultures and Youth Subcultures* pa v slovenskem prevodu z naslovom *Sociologija mladinske kulture in mladinskih subkultur* (1984). Na kratko se dotaknimo le druge pomembne Brakeove knjige *Comparative Youth Culture*, iz katere smo že povzemali posamezne navedbe.

V navedeni knjigi je Brake poskušal nadaljevati in preseči tisto, kar je zastavil že prej v *Sociologiji mladinske kulture in mladinskih subkultur*. S pomočjo zgoščenega pregleda literature in bogatega navajanja spoznanj iz treh pomembnih središč raziskovanja mladinskih kultur ali subkultur, torej iz ZDA, Kanade in Velike Britanije, je ponudil svojevrsten zbornik, v katerem lahko, podobno kot pri Johnu Storeyu (1993), sledimo razvoju teorije v zadnjih sto in več letih. Obe knjigi, Storeyeva, ki se s tem pravzaprav ukvarja v celoti, in Brakeova, ki se s tem izteče, čeprav je hkrati s temi idejami tudi prežeta, se soočita s spoznanji in stališči t. i. kulturoloških študij, kot jih je zastavil Center za sodobne študije kulture (Centre for Contemporary Cultural Studies), sedaj Oddelek za študije kulture (Department of Cultural Studies) pri Birminghamski univerzi. Omenjeni oddelek se že od sedemdesetih, zlasti po objavi knjige Stana Cohena *Folk Devils and Moral Panics* ukvarja z analizo stilov oblačenja in nasploh načinov življenja pripadnikov posameznih subkultur (FRITH, GOODWIN 1990: 39-42 in naprej). V tem kontekstu lahko omenimo uspešnico jazz pevca in pisca Georga Mellyja, ki je napisal knjigo s pomembnim naslovom *Punt skozi stil* (*Revolt into*

*Style*), pa zbornik z naslovom *Odpor skozi rituale* (*Resistance through Rituals*), ki sta ga uredila Stuart Hall in Tony Jefferson (42). Navedeni zbornik prinaša večino najpomembnejših prispevkov iz konteksta "kulturoloških študij" subkultur do srede sedemdesetih in je - ob že omenjani Hebidgeovi knjigi *Subculture: The Meaning of Style* - eno najpomembnejših tovrstnih del iz sedemdesetih nasploh.

Storey pravi v svoji knjigi z jasnim naslovom *Kulturološka teorija in popularna kultura* (*Cultural Theory and Popular Culture*): "Kulturologi proučujejo kulturne tekste in prakse z namenom, obnoviti ali ponovno vzpostaviti izkušnje, vrednote itn. - "strukturo občutja" - posameznih skupin, razredov ali celotnih družb, da bi bolje razumeli življenja tistih, ki so živeli to kulturo" (STOREY 1993: 67). In doda, da se je iz kopice različnih virov, od francoskega strukturalizma do "zahodnega marksizma" Althusserja in Gramscija, razvila večplastna in kritična zmes, na podlagi katere se vzpostavljajo sodobne britanske kulturološke študije (*ibid.*).

Tudi Brake postavlja v ospredje Gramscijevo tezo o hegemoniji: "Gramsci meni, da lahko vladajoče družbene skupine uveljavljajo družbeno avtoriteto nad podrejenimi razredi ne le z osvajanjem, temveč tudi oblikovanjem privoljenja v njihovo avtoriteto. V svoji delitvi države na politično državo in civilno družbo navaja, da ima to dvojni namen: doseči nadvlado in proizvesti pristanek na to nadvlado. Ta pristanek, ki si ga vladajoči razred priskrbi od svojih podrejenih razredov, imenuje Gramsci 'hegemonija'" (BRAKE 1985: 5). Nadvlada vladajočega razreda sega tudi v polje civilne družbe, kjer ideje vladajočega razreda dobijo videz zdravorazumskih razlag. Podrejene skupine lahko izrazijo odpor ali alternative, ki pa so vedno zanikane znotraj kulturnega konteksta, ki izhaja iz idej vladajočega razreda (ali njegovih frakcij). Hall in sodelavci so sredi sedemdesetih na tej podlagi razvili tezo, da mladinske subkulture poskušajo rešiti probleme, ki jih lahko razrešijo le na "imaginarni" ravni (*ibid.*). Ali, kot pravi Brake: "Subkulture nastanejo kot poskusi razrešiti kolektivno izkušene probleme, ki so posledica nasprotij v družbeni strukturi, in generirajo obliko



kolektivne identitete, iz katere je lahko dosežena individualna identiteta, ki je izven pripisanega razrednega položaja, izobrazbe ali poklica. To je skoraj vedno le začasna rešitev, in v nobenem smislu realna, temveč le rešitev, dosežena na kulturni ravni" (IX).

Brake naprej pravi, da lahko razumemo "kulturo kot vsebujočo vir znakov ali potencialnih struktur pomenov, ki jih posamezniki nasledijo in se nanje odzivajo. Subkulture pa s svojim obstojem namigujejo, da obstajajo alternativne oblike kulturnega izražanja, ki odražajo kulturno pluralnost v kulturi, za katero se večkrat - za površen pogled - zdi, da obvladuje člane skupnosti. Kultura ima več ravni: zgodovinsko raven idej, raven vrednot, raven pomenov in posledične učinke na umetnost, popularno kulturo, šport, znake in simbole. Prav tako vsebuje učinke procesov materialne produkcije ter simbolične in materialne učinke artefaktov in množičnih medijev na kulturo. Na koncu je tu še dinamičen, subjektiven element človeške akcije in načina, na katerega je interpretirana med udeleženi. Subkultura obstoja tam, kjer je določena oblika organizirane in pripoznane konstelacije vrednot, obnašanja in dejanj, ki je drugačna od prevladujočega skupka norm" (8).

Seveda ima početje omenjenega Oddelka za študije kulture oz. posameznih avtorjev iz njegovega okrilja tudi svoje kritike. Tako recimo Clarke navaja eno od osrednjih postavk iz okrilja Oddelka, da so namreč "subkulture pojmovane kot kolektivno razreševanje kolektivno izkušenih problemov" (FRITH, GOODWIN 1990: 82). Po tej predpostavki naj bi se pripadniki subkulture modov s svojim obnašanjem oz. stilom odzivali in vzpostavljali parodijo povzpetništva, skinheadi pa bi naj poskušali na magičen način obnoviti šovinizem "tradicionalne" skupnosti delavskega razreda (*ibid.*). Clarke pripominja, da tovrstno izhodišče premalo natančno obdeluje zvezo med resnično strukturno lokacijo in možnostjo razrešitve problema. Sprašuje se, ali je mogoče imeti skinheada, ki napreduje po družbeni lestvici navzgor? Prav tako omenjeno kulturološko izhodišče malo pove, zakaj in kako se razredne izkušnje mladostnikov izoblikujejo v različne subkulture. Od kod se vzamejo določeni stili?

Kdo si jih izmisli? Zakaj je za razreševanje problemov izbran prav ta in ne kakšen drug stil? To vprašanje je še posebej zanimivo ali kočljivo ob primeru skinheadov in teddy-boyev, ki oboji poskušajo obnoviti in braniti "tradicionalne" vrednote skupnosti delavskega razreda, vendar skozi različne stile (*ibid.*). Clarke navaja še Chrisa Watersa, ki je opozarjal, "da se subkulture obravnavajo kot statične in toge antropološke entitete, vendar kot take obstojajo le na abstraktni ravni študij Oddelka, ki poskuša razložiti subkulture z okoliščinami njihovega nastanka. Zato ni nobenih študij o tem, kako in s kakšnimi posledicami se čiste subkulture ohranjajo, spreminjajo, prilagajajo, razpadajo ali uničijo" (*ibid.*). Clarke torej posameznim proučevanjem iz dela Oddelka za študije kulture očita določeno poenostavljanje, pogled, ki ne zajame subkulture v vseh njenih razsežnostih, temveč jo opazuje v "zamrznjenem zgodovinskem trenutku" in ima tudi določene elitistične primesi. Obravnava namreč le "izvirno", "avtentično" subkulturo, razširitev njene priljubljenosti, prodor v medije in v modo pa pojmuje kot razprodajo (83). Podobno "življenjsko pot" subkulture so ugotavljali tudi mnogi drugi avtorji, večkrat prav tako z vrednostnimi primesmi. Ti avtorji so govorili o nastanku dane subkulture, o "moralni paniki", ki jo je spremljala, o vzporednem prodoru v javnost ter o (bolj ali manj) splošni sprejetosti, s tem pa tudi nevtralizaciji njenega subverzivnega naboja (FRITH 1986, HEBDIGE 1979).

Clarke se obregne tudi ob to, da subkulturnemu življenjskemu stilu pripisujejo razsežnosti simboličnega odpora, protihegemonističnega boja in obrambe kulturnega prostora na "razmeroma avtonomni" ideološki ravni (FRITH, GOODWIN 1990: 83). Tu se je še posebej sprivil nad Hebdigeovo knjigo *Subculture: The Meaning of Style*, pri čemer navaja, recimo, tudi to: "V samem jedru subkulture teorije leži dihotomija med subkulturami in nediferencirano javnostjo" (84). In nadaljuje: "V Hebdigeovem primeru je ta dihotomija med subkulturežem in normalnežem utemeljena na napačnem pojmovanju koncepta 'zdravega razuma'. Četudi prav kategorično poudarja, da ideologija ni isto kot napačna zavest, pa Hebdige subkulture neži pripiše (sicer neartikulirano) kreativno in

radikalno zavest, medtem ko bi se naj 'javnost' utapljala v 'mitologijah' in dušila s tabloidi" (85). Zdravorazumarska kultura pač ni preprosto oblika mistifikacije ali ideološki sneg, ki pada z neba, dodaja Clarke (*ibid.*). Vprašanja so zares veliko bolj zapletena in k njim se

bomo morali v prihodnje še vračati. Morebiti že naslednjič, ko bomo poskušali vzpostavljati odnos med t. i. "subkulturo" in pojmom "vsakdanje življenje".

(Se nadaljuje)

### Uporabljena in priporočena literatura

1. T.W. ADORNO (1986), *Uvod v sociologijo glasbe*. Ljubljana: Državna založba Slovenije.
2. Z. BAUMAN (1984), *Kultura i društvo*. Beograd: Prosveta.
3. W. BENJAMIN (1986), *Estetički ogledi*. Zagreb: Školska knjiga.
4. P.L. BERGER, T. LUCKMANN (1992), *Socijalna konstrukcija zbilje*. Zagreb: Naprijed.
5. K. BLAUKOPF (1993), *Glasba v družbenih spremembah*. Ljubljana: Studia Humanitatis.
6. M. BRAKE (1984), *Sociologija mladinske kulture in mladinskih subkultur*. Ljubljana: Krt.
7. M. BRAKE (1985), *Comparative Youth Culture*. London: Routledge.
8. N. COHN (1969), *Pop from Beginning*. London: Birkenhead, Weidenfield and Nicolson, London.
9. D.J. CARDUCCI (1990), *Rock and the Pop Narcotic*. Chicago: Redoubt Press.
10. E. CASHMORE (1979), *Rastaman, The Rastafarian Movement in England*. London: George Allen & Unwin Ltd..
11. S. FRITH (1986), *Zvočni učinki*. Ljubljana: Krt.
12. S. FRITH, A. GOODWIN (ur.) (1990), *On Record*. London: Routledge.
13. A. GIDDENS (1989), *Nova pravila sociološke metode*. Ljubljana: Studia Humanitatis.
14. D. HEBDIGE (1979), *Subculture: The Meaning of Style*. London: Mewthuen.
15. M. JAY (1991), *Adorno*. Ljubljana: Krt.
16. T. KNEIF (1987), Rock glasba in subkultura. *Časopis za kritiko znanosti* 101/102, 176 - 187.
17. J. MAKAROVIČ (1986), *Sla po neskončnosti*. Maribor: Založba Obzorja.
18. Z. MLINAR, M. POŠTRAK (1991), Svetovna homogenizacija in/ali kulturni pluralizem. *Teorija in praksa*, 12: 1363-1375.
19. R. MURŠIČ (1993), *Neubesedljive zvočne igre*. Maribor: Katedra.
20. T. ROSZAK (1969), *The Making of the Counter Culture*. New York: Doubleday Anchor.
21. D. RUPEL (1980): Hrup in molk, *Teorija in praksa*. 2-3, 289 - 295.
22. D. RUPEL (1987): Alternativna gibanja v kulturi. *Teorija in praksa*, 7, 857 - 868
23. W. SANDNER (1988), Rock'n'Roll - Rock and roll and Roll-Rock. *Časopis za kritiko znanosti*, 105/106/107: 145 -166.
24. R. SERPELL (1978), *Utjecaj kulture na ponašanje*. Beograd: Nolit.
25. J. STOREY (1993), *Cultural Theory and Popular Culture*. London: Harvester/Wheatsheaf.
26. G. TOMC (1989), *Druga Slovenija*. Ljubljana: Krt.
27. G. TOMC (1992a), *Narava družbenega življenja s posebnim ozirom na kulturno ustvarjalnost in mladinske subkulture*. Doktorska disertacija. Ljubljana: FDV.
28. G. TOMC (1992b), Osebna konstrukcija realnosti, *Družboslovne razprave* 13, 62-78, Ljubljana: SSD.



Zoja Skušek

## OČETJE: PRAVICA DO NOSEČNOSTI

### PSIHOSOMATSKA KUVADA

Moški ne more nositi otroka v trebuhu; ali nima potem pravice, da ga nosi - kot Zeus Ateno - vsaj v glavi?

Slovenščina, kar zadeva očetovstvo, boluje za mutizmom, nekatere stvari kratko malo prikriva, hkrati pa ji tudi manjka domišljije.<sup>1</sup> Ena redkih aktivnih vlog, ki jo naša kultura pripisuje očetu, je oploditveni akt (rečemo: "naredil ji je otroka"), temu pa sledi nekajmesečno, če ne nekajletno zatišje, bolje odsotnost. Od babice naprej, ki pomaga spraviti novorojenčka na svet, se otroka lotijo ženske: mati, stara mati, vzgojiteljica v vrtcu, zdravnica-pediatrinja, učiteljica. V tem ideološkem sistemu je oče v velikanskem oklepaju, ki traja od oploditve do otrokovega vstopa v šolo in še dlje - popolnoma zanemarljiva kvantiteta. Ali je kaj čudnega, če zahodni moški na to odgovori bodisi defenzivno z *macho* vedenjem, bodisi tako, da "regredira" v kakšno od oblik kuvade?

Zahodne, "moderne" družbe imajo vnaprejšnjo, stereotipno idejo o očetovstvu. V množici avtorjev, ki se ponujajo, navedimo - ne brez razloga - Freuda. V *Podganarju* pravi: "Astronom približno enako zagotovo ve, ali je luna naseljena, kot to, kdo je njegov oče." To je sloviti *pater semper incertus est*. Ta strah je čutiti že pri Platonu, ki je v peti knjigi *Republike* nekako institucionaliziral negotovost očetovstva, tako da v njegovi idealni državi

"orok ne bo poznal svojega očeta, ne oče svojega otroka". - Dogma na Zahodu je: mati je trdna točka, o očetu pa je zmerom dvom. Zato je potrebna cela defenzivna strategija, zakonska in družbena, ki z vsemi družinskimi in institucionalnimi posledicami vzpostavi in potrdi očetovstvo nekega *določenega* moškega: otrok ima navadno očetov priimek, oče mora otroka priznati (če gre za par, ki ni poročen), sem sodijo razne pravne obveznosti glede vzdrževanja otrok, procedure ugotavljanja očetovstva, zakoni, ki urejajo dediščino, itn.

Vse tako kaže, kot da oče, četudi je fiziološko opremljen s spolnimi organi, vendarle živi svoje očetovstvo *zgolj na simbolni ravni*, mati pa, zato ker ima jajčnike in maternico, živi *fiziološko* materinstvo.

Sodobni priročniki o negi in vzgoji dojenčkov z redkimi izjemami<sup>2</sup> kažejo precej stereotipno shemo: pretirana navzočnost matere in odsotnost očeta, ali na eni strani mati in otrok, na drugi oče. Bližnji pogled v te priročnike pokaže, da obravnavajo te stereotipe v vseh fazah pričakovanja otroka. Oče je v času nosečnosti nezainteresiran, poglobi se v svoje delo, siten je, seksualno frustriran, ker so mu kratene t. i. zakonske pravice in dolžnosti, v domišljiji se ne posveča otroku, pričakuje seveda sina itn. Poseben poudarek je na rojstvu. Ob rojstvu je ali odsoten (ali pa je pritisk nanj, da

Članek je del daljše študije, ki jo delno financira CEU, Research Support Scheme, Praga.

<sup>1</sup> Več o jezikovnih težavah slovenščine, kar zadeva očetovstvo, gl. v: Zoja Skušek (1993), *Materna ljubezen, očetna hiša. Časopis za kritiko znanosti XXI*: 162-163.

<sup>2</sup> Zanimivo bi bilo spremljati proces preobrazbe očetove vloge prav v priročnikih o negi dojenčkov; taki priročniki (prvi so priročniki za babice) obstajajo v slovenskem jeziku - in so torej namenjeni najširšemu bralstvu - že od konca 18. stoletja naprej. Gl. npr.: Anton Makovitz (1788), *Podvuzhenje sa Babize*, Ljubljana; Janes Matoshek (1818), *Babishvo ali Porodnizharski Vuk za Babize*, Ljubljana; Bernard Pachner od Eggenstorfa (1848), *Bukve sa uzhenje porodnizharsva*, Ljubljana; dr. Alojzij Valenta (1860), *Porodoslovje za babice*, Ljubljana; Janez Volčič (1874), *Domači zdravnik*, Celovec; Alojzij Pader (1880), *Zakon in žena*, Novo mesto; dr. Kočevar (1882), *Slovenska mati*, Ljubljana; in potem številni drugi.



mora biti navzoč, hudo močan, tako da spet nima dosti besede pri tem), po otrokovem prihodu iz porodnišnice domov je nesrečen, okoren in zato ga je treba seveda ločiti od dojenčka. Te stereotipe nič kaj duhovito goji tudi filmska industrija (pocukrani *Trije možje in zibka* in nadaljevanka, kjer oče ostane vdovec s tremi hčerami in ima zato dva prijatelja, da mu pomagata - vsi skupaj pa stanujejo v eni najbolj prestižnih in najdražjih hiš v San Franciscu). Dojenčki se očetom gnusijo, očetje so okorni, nespretni, nimajo tistega slovitega materinskega potrpljenja, in predvsem nimajo tistega materinskega čuta, ki ga naša kultura tako neizprosno pripisuje samo ženskam. Moški so sami otroci in zato si otrok pravzaprav ne želijo, sploh pa ne tako kot ženske.

Očetovstvo je tabu, tako kot je bila tabu še pred kratkim spolnost ali kot je tabu še zmerom smrt. Pregled bibliografije na temo očetovstva kaže, da očetovstvo v modernih družbah sodi k patologiji ali k simbolnim zadevam (pravo). Pri očetovstvu gre za zanikanje, za zanikanje pravice cele družbe, ki potem vpliva na vedenje potencialnih ali realnih očetov. Avtorji, ki se ukvarjajo s psihosomatskimi reakcijami, povezanimi s stanjem prihodnjega očetovstva - razne oblike kuvade - poročajo o tem, da prihodnji očetje teh pojavov sploh ne povezujejo z očetovstvom, kot da ta tip fantazmatike v naši kulturi sploh nima državljske pravice. Angleški psihiater W. H. Trethowan,<sup>1</sup> ki se ukvarja s sodobno kuvado, ugotavlja, da je prav to, da prihodnji očetje zanikajo povezovalno med simptomi anksioznosti in motivom teh simptomov, da je očitno ključ za razumevanje problema prav to zanikanje temeljnega vzroka za anksioznost.

Danes je kulturno sprejeto, da je nosečnicam jutraj slabo, in celo medicinska ideologija je te simptome sprejela med t. i. normalne znake nosečnosti (antropologi poročajo o družbah, kjer ženske ne poznajo jutranje slabosti). Ali bodo znamenja moške kuvade čez 20, 30 let sprejeta kot normalno stanje prihodnjih

očetov?

In vendar so kulture - tudi naša bi bila lahko med njimi -, ki privilegirajo druge stvari in poudarjajo druge momente, ki zadevajo očete. Če poznamo te druge modele vedenja, vidimo, koliko ideje, ki smo jih sprejeli, zamaglujejo neko resničnejšo ali, če hočete, "pravičnejšo" podobo naše stvarnosti.

Še nekaj besed o kuvadi: tradicionalne družbe in antropologi poznajo ritualno kuvado, psihiatri ali psihologi zahodne civilizacije pa govorijo o psihosomatski kuvadi: o psihosomatskih fenomenih, povezanih z očetovstvom, značilnih za moške v zahodnih industrijskih družbah.<sup>2</sup>

Angleška avtorja Trethowan in Conlon<sup>3</sup> sta delala raziskavo, podobno tisti, o kateri poroča G. Delaisi de Parseval, vendar je zajela veliko večjo vzorec moških: imela sta 327 soprogov, katerih žene so bile noseče, in primerjalno skupino 221 moških, katerih žene niso bile noseče. Rezultati so bili podobni: število bodočih očetov, ki so kazali simptome, je signifikantno višje kot v kontrolni skupini. Te simptomi so se skoncentrirali v 3 obdobja: tretji mesec nosečnosti, deveti mesec nosečnosti in porod. Za kakšne simptome gre (po vrstnem redu pogostosti): izguba apetita, zobobol, slabost in bruhanje, bolečine v križu. Ugotovili so, da 11% bodočih očetov kaže simptome kuvade. Še ena študija, ki se je ukvarjala s tem in je zajela samo očete, ki so pričakovali prvega otroka, je ugotovila, da 50% moških, ki bodo prvič očetje, kaže simptome kuvade.

Izsledke številnih študij, ki se zlasti v Angliji in Ameriki ukvarjajo s simptomi kuvade (pri raziskavah gre navadno za zelo velike in pomembne vzorce), lahko povzamemo takole: 1. Kuvada v naši družbi obstaja. Gre za "normalno" simptomatiko. 2. Študije kažejo, da je bolj pogosta in bolj intenzivna pri očetih, ki pričakujejo prvega otroka. 3. Četudi je pogosta, jo zanikajo tako očetje kot družba v celoti. Ali je realno misliti, da bodo ti simptomi -

<sup>1</sup> Referenco gl. *infra*.

<sup>2</sup> O tej problematiki gl. delo Geneviève Delaisi de Parseval (1981), *La part de pere*. Pariz: Seuil. Avtorica navaja raziskavo Psihopatološki vidiki očetovstva, ki so jo delali 1965. v Franciji in je zajela vzorec 50 t. i. normalnih moških, katerih žene so bile noseče; 22 med njimi jih je obiskovalo pripravljalne tečaje za porod in nego dojenčka, 28 pa ne. Ugotovili so, da so somatske simptome kazali moški, ki niso sodelovali pri pripravah na porod.

<sup>3</sup> W. N. Trethowan in M. F. Conlon (1965), "The couvade syndrome". *British Journal of Psychiatry III*: 57-66.



tako kot slabost in bruhanje nosečnic - kmalu postali medicinsko in družbeni priznani simptomi nosečih moških, moških, ki pričakujejo otroka? Dotlej pa bo treba v slovenščini še iznajti besedo za to moško stanje.

Poleg teh, t. i. normalnih psihosomatskih reakcij na pričakovanje otroka pa psihiatrija govori tudi o "psihozah" očetovstva.

V Ameriki je psihiatrija že v tridesetih letih opozorila na nekaj, kar so imenovali popodne psihoze očetov. Uvrstili so jih med paranoidne manifestacije. Odtlej so se vrstile raziskave, ki so ugotavljale, da je resnih psihotičnih reakcij očetov na stanje pričakovanja otroka veliko več, kot smo pripravljeni misliti in verjeti. Večino psihotičnih reakcij očetov je psihiatrija uvrstila v register delirantnih paranoidnih stanj. Pomembno število med temi pacienti so očetje, ki pričakujejo prvega otroka.

Psihiatrija potemtakem ugotavlja, da se očetovstvo živi v telesnih težavah (bruhanje, glavobol itn.), v delirantnih konstrukcijah (paranoja), in v "posebnem vedenju", ki sega od banalnega do čisto nesmiselnega. Američani temu pravijo *acting* bodočih očetov. Vse kaže, da obstajajo štirje poli, okoli katerih se kristalizirajo očetovska udejstvovanja, *actings*. Najprej trije, ki jih Američani imenujejo trije *F - fight, flight, fear*, bojevitost, beg, strah.

V register *fight* uvrščajo tudi zelo pogoste avtomobilske nesreče, ki jim sledijo pretepi z voznikom drugega avtomobila, pretirano fizično aktivnost v času nosečnosti in po porodu, alkoholizem, prepire in agresivno vedenje med porodom do bolnišničnega osebja, grobost do družine, lastne ali ženine.

Drugi tip očetovskega udejstvovanja sodi k *flight*, begu. Sem so uvrstili očete, ki se vržejo v delo, ki imajo nenadoma veliko službenih, pa

tudi zasebnih potovanj. Menjujejo službe, se vračajo na univerzo, preselijo se ali celo izginejo. Veliko avtorjev opozarja na to, da številni moški med ženino nosečnostjo za različno dolgo zapustijo družino. Ni tako majhno število moških, ki med ženino nosečnostjo odidejo za zmerom, raziskovalci pa tudi opozarjajo na veliko število ločitev v prvih 6 mesecih po porodu. Veliko očetov "beži" v bolezen in so v času poroda ali po njem hospitalizirani, poročajo pa tudi o zvišanem odstotku samomorov in poskusov samomora.

V tretji register uvrščajo *fears*, strahove, vendar jih imajo za t. i. normalne nevrotične reakcije.

Zadnji, a ne nepomemben register je *spolna aktivnost*. Avtorji opozarjajo na statistično pogostost tega, čemur pravijo "deviantno spolno vedenje" pri bodočih očetih. Omenjajo: ekshibicionizem, pedofilijo, posilstvo, incest, homoseksualizem, transvestizem, obscena pisma in telefonske klice, javno masturbiranje. Število moških, ki se prvič udeležujejo na ta način, je statistično pomembno višje v skupini nosečih moških. Avtorji tudi navajajo, da se ta tip udejstvovanja kaže v zadnjih 4 mesecih nosečnosti.<sup>1</sup>

Področje, ki ga naša kultura tako ekskluzivno pripisuje in predpisuje ženskam, ko dela enačaj med starševstvom in materinstvom, potemtakem ni enoznačno. Obstajajo kulture, ki jim vse preveč radi rečemo "primitivne" ali "tradicionalne", ki na zelo različne načine ritualno regulirajo očetovski del pričakovanja otroka, in celo naša kultura, ki je ta del potlačila, pozna simptome, skoz katere se tako ali drugače - tudi na "patološki" način - kaže očetov delež.

<sup>1</sup> Na drugi strani pa so tudi raziskave, ki poročajo o tem, da je pomemben odstotek moških, ki med ženino nosečnostjo, še zlasti pa potem, ko se začne otrok v trebuhu premikati, prenehajo vsako spolno aktivnost. Tematika abstinence ima v zgodovini seksualnosti že dolg staž. Pri tem je imela nemajhno vlogo Cerkev; z razmahom naravoslovnih znanosti, zlasti fiziologije in potem medicine, je Cerkev počasi zgubljala primat v teh zadevah.

O občevanju ali neobčevanju med nosečnostjo obstaja tudi bogat antropološki material. Obstajajo kulture, kjer je občevanje med nosečnostjo popolnoma prepovedano, ker menijo, da škoduje otroku, in druge, kjer mora ženska občevati čim večkrat in s čim večjim številom moških, ker verjamejo, da je sperma otrokova hrana: otrok bo večji in krepkejši, če bo dobil več hrane.



Srečo Dragoš

## SOCIALNO DELO - SISTEMSKI VIDIK

(II)

Vpeljava systemskega vidika (tj., pogleda na celoto z vidika sistemov) temelji na rabi nekaterih razlikovanj, ki so bistvena za funkcioniranje sistemov ter njihovih delov. To je v pogojih vse večje kompleksnosti nujnost, ki velja tudi za stroko socialnega dela. Zato njena navezava na systemsko teorijo ni nključna in tudi ne povsem nova, saj je, kot smo videli v prvem delu tega prispevka, že kar nekaj časa navzoča v našem prostoru. V zvezi z nekaterimi razlikovanji (mikro/makro raven, teorija/praksa, razločevanje/prežemanje systemskih sfer, interdisciplinarnost ipd.) se v nadaljevanju navezujem na raziskavo Bernarda Stritiha (sodelavca sta bila Pavla Rapoša Tanjšek in Miran Možina), ki je nastala na pobudo Ministrstva za zdravstvo, družino in socialne zadeve in ima naslov: *Normativi in standardi v socialnem varstvu* (VŠSD, Ljubljana, maj 1993).<sup>1</sup> Ker gre v raziskavi za uporabo systemskega pristopa v socialnem delu, kar sicer ni razvidno iz njenega naslova, naj najprej opozorim na povod nastanka te raziskave.

Namen raziskave, kot ga je formuliralo Ministrstvo, je v tem, da se socialnovarstvene storitve elaborirajo z vidika njihovih *upravičencev* (da jim bo vnaprej razvidno, kaj lahko pričakujejo), z vidika *države* (kontrola nad obsegom in kvaliteto financiranih storitev), glede na organe *strokovnega nadzora* (ocenjevanje strokovnosti izvajalcev, planiranje) in glede na širšo *javnost* (njen vpogled in nadzor nad službami socialnega varstva). Na podlagi teh izhodišč so osnove za normiranje in standardiziranje storitev (prve socialne pomoči, osebne pomoči in pomoči družini) nazorno podane v zadnji tretjini raziskave, medtem ko se kar dve

tretjini teksta nanašata na metodološki pristop in na oblikovanje ključnih teoretskih konceptov socialnega dela.

Zakaj torej taka razširitev naloge? Zdi se, namreč, da z osrednjim poudarkom na sami stroki raziskava preseže prvotni namen, saj se osredotoča na doktrinarna vprašanja socialnega dela, na njegov pomen v sodobnih razmerah in na probleme, ki se odpirajo v tej zvezi (rastoča raznovrstnost/zapletenost socialne problematike) - to pa so že vprašanja, pri katerih se je nemogoče izogniti premisleku o epistemologiji, o metodologiji in zlasti o primernosti teorij, relevantnih za socialno delo. Iz potrebe po evalvaciji omenjenih vprašanj je prišlo tudi do odločitve o razširitvi raziskave, kar je povsem na mestu. Samospraševanje stroke, zlasti premislek o njenih izhodiščih, obsegu in področjih dela, namreč ne more biti zgolj nekakšen dodatek k socialnovarstveni problematiki. Ker gre za obravnavo temeljnih vprašanj socialnega dela, kar do danes pri nas še ni bilo narejeno na tak način, je prav poudariti, da so to tudi pomembna vprašanja socialnega varstva. Tem bolj, ker je že iz prvotnega namena, kot ga je formuliral naročnik, razvidno, da razmišljanje o standardih in normativih, o razvidnosti storitev za uporabnike in državo, o kontroli, planiranju itn., da je razdelava celotnega sistema možna le, če obstajajo jasno opredeljene *strokovne* osnove socialnega dela, ki niso in ne morejo ostati zgolj predpostavka, pač pa so predpogoj za vse druge namene. In prav zato je treba, kot pravijo avtorji (v predgovoru), postaviti težišče "v smeri prizadevanj za socialno delo, ki se bo bolj jasno zavedlo samo sebe in svoje družbene vloge".

<sup>1</sup> Vsi nadaljnji citati so iz te raziskave - razen, kjer je označeno drugače.

Vendar zgornja zahteva ni enostavno uresničljiva, čeprav je njena upravičenost vse bolj razvidna. Poudarek je namreč na dvojem: na jasnejši *samopodobi* stroke in na percepciji njene vloge v družbi. Vprašanje družbene vloge socialnega dela se nanaša zlasti na normativno regulirano participacijo stroke z drugimi (strokami, področji, institucijami, politikami...) v procesih izvajanja socialne pomoči - v prvi vrsti je torej poudarek na pomenu organizacije celotnega družbenega konteksta (podsystemov), na delitvi dela med strokami, na pričakovanjih, ki se naslavlja na socialno delo, oziroma na tisti njegov izsek, ki je organiziran okoli takih pričakovanj. Od te vrste pogojev, relevantnih za delovanje socialne stroke, je konec koncev odvisen tudi njen status oziroma njeno mesto (položaj) glede na druge stroke. Na ta vprašanja se raziskava navezuje zlasti z Uvodom (prim. organizacijsko shemo socialnega varstva in spremembe v sistemu blaginje pri nas v osemdesetih letih) in v poglavju z zgovornim naslovom: Kako preseči koncept "države socialne blaginje"? Opozarja torej na pomen *globalne* preorientacije družbe, ki jo pri nas doživljamo in izražamo že na ravni preprostih sintagem, npr.: socializem/postsocializem, modernizem/postmodernizem, država blaginje/socialna država, poudarek na prihodnosti (utopizem)/poudarek na sedanjosti (pragmatizem), svoboda kot cilj/svoboda kot izhodišče, enakost/različnost ipd. Prav to terja hkrati pomembne premike v pojmovanju vloge socialnega dela in le znotraj takega konteksta se lahko stroka sprašuje o sami sebi. Predpostavke v tej zvezi, iz katerih raziskava izhaja in na katere tu izrecno opozarjam, pa so naslednje:

- samospraševanje socialnega dela (o lastnih pristopih, osrednjih pojmi, metodah, teorijah...) ni nikakršna posebnost, še manj slabost; to je poudarjena težnja v družboslovju nasploh, trend, v katerega se socialna stroka pri nas vključuje iz enake potrebe kot druge stroke (npr. sociologija, psihologija, pedagogika, psihiatrija...);

- postavljanje lastnih postopkov pod vprašaj, problematiziranje "samoumevnih" strokovnih praktik, aplikacija teorij iz sorodnih ved ali vsaj njihova kooptacija v lasten teoretski sestav, vse to je znak zrelosti stroke; in narobe, odsotnost takih vprašanj je znak strokovne nerazvitosti in neavtonomnosti;

- družbene spremembe, ki v delovanju različnih disciplin zaostrejujejo njihovo avtopoezijo,<sup>1</sup> niso samo lokalne, pač pa *globalne*. Pri tem ne gre le za npr. slovenske specifičnosti, ki jih terjajo vedno novi prehodni časi (spremembe režimov, državnih meja, sistemskih rešitev), tudi ne za poudarjeno konvertitstvo slovenskega narodnega značaja (npr. v 8. stol. iz barbarstva v krščanstvo, med NOB iz krščanstva v ateizem, danes iz balkanske mentalitete v evropsko) itn. Vse to se sicer odraža v razvoju posameznih strok (npr. usodnost predpostavke socialno-ekonomskega avtomatizma za razvoj socialnega dela, ekonomije...) in to vpliva tudi na izbor vprašanj, ki se prepoznavajo za najvažnejša. Vendar pa so za vlogo družboslovnih disciplin in znanosti nasploh pomembnejši globalni premiki, odvisni zlasti od:

- a) spreminjanja prevladujočih oblik družbene moči,
- b) ravni integracije, ki prevladuje v družbi, in
- c) značaja države.

Od teh premikov bo odvisen razvoj socialne stroke in njen izbor teorij, na katere se navezuje. Če pogledamo spreminjanje na teh ravneh v daljšem časovnem kontekstu, to je skozi obdobja, ki jih opredeljujemo kot premoderno, moderno in postmoderno, dobimo razvojni trend, ki je zanimiv zlasti iz socialnega (societalnega) vidika in v katerega se umešča tudi omenjena raziskava. Zaradi preglednosti ga poenostavljam v tabeli (*gl. naslednjo stran*).

V premodernih družbah, ko ekonomija še ni kapitalsko intenzivna in sekundarni (predevalni) sektor še ni pomembnejši od primarnega (pridelovalnega; pomen zemlje),<sup>2</sup> v takih razmerah zgolj posedovanje bogastva še ne

<sup>1</sup> Ta pojem je vpeljal v biologijo Humberto Maturana v zvezi z *življenjem*, uporaben pa je tudi v družboslovju (npr., kako misliti *zavest* ali *družbo*), skratka povsod tam, kjer imamo opravka z opisovanjem "objektov", ki opisujejo sami sebe.

<sup>2</sup> To, kar pomeni kmetijstvo v produkcijskem smislu (uporabo zemljišč za pridobivanje organskih dobrin), je bila npr. v srednjem veku zemlja tudi v političnem (uporaba zemljišč kot vir državnih dobrin). Najvažnejši element srednjeveške državnosti je bila zemlja oz. teritorij, ne pa npr. narod ali oblast. V nasprotju z antičnim pojmom državnosti, kjer je v ospredju narod (npr. "Atenci", ne Atene, "Špartanci" in ne Šparta), je šlo v srednjem veku zlasti za oblast nad ozemljem, ne pa za



## SOCIALNO DELO - SISTEMSKI VIDIK (II)

	PREDMODERNA	MODERNA	POSTMODERNA
prevladujoča oblika družbene moči	normativna	utilitarna	strokovna
najpomembnejša vprašanja družbene regulacije	religiozna	filozofska	sociološka
prevladujoč način integracije	vera	družbena pogodba (makrosistem)	socialno mikroomrežje
značaj države	božja	politična	socialna

zagotavlja položaja vladajočim slojem. Njihova moč, da držijo druge ljudi v odvisnosti, ni v posedovanju stvari, pač pa zlasti v neposrednem učinkovanju na ljudi s politiko (antika) ali z religijo (katolicizem, srednji vek). Kakšno je to neposredno učinkovanje oz. za kakšno uporabo moči je šlo v tem primeru, je najbolj razvidno iz poslanice *Clericis laicos* Bonifacija VIII. (papeževal od 1295 do 1303), s katero je izrecno izobčil vse duhovnike, ki bi plačevali dajatve posvetnim oblastem, in tudi vse kneze, ki bi sprejeli take dajatve; s poslanico *Unam Sanctam* (1302) pa se zahteva popolna podreditve celotnega stvarstva (kristjanov in nekristjanov) rimskemu škofu. V razmerah, ko je bila cerkev najmočnejši in najvišji povezovalac srednjeveških raznoterosti (odsotnost jasne razmejitve državnih teritorijev, odsotnost enotne državne sodne oblasti, odsotnost enotnega državnega denarja...), je bila torej prevladujoča oblika družbene moči v tem, da je temeljila na priznavanju in odobravanju in na prepovedi ali celo izobčenju (normativna moč). Z neposrednim učinkovanjem pa se zbudi tudi nesreden odpor; zato je čas največje papeške moči tudi čas prvih večjih krivoverstev.

Ko nad neposredno močjo nad ljudmi prevlada moč nad stvarmi, tj., ko lastništvo nad proizvodnimi sredstvi že samo po sebi omogoči prevlado nad tistimi, ki jih nimajo, se dokončno uveljavi (namesto prejšnje) utilitarna moč - kot sposobnost podeljevanja oz. odrekanja materialnih nagrad (mezde). To niso le spremembe v produkciji, pač pa v celotni družbeni strukturi. Z nastankom pravih držav, ki so človekov izum (ne pa naravna stvar kakor v antiki ali božji dar kakor v srednjem veku), je stopila v ospredje skrb za to, kako strukturirati državno skupnost, kako omejiti svobodo posameznikov v korist skupnosti in kako se podvreči obči volji, tj., kako se o tem pogoditi.

Reševanje takih problemov, ne pa verska enotnost, postane zdaj temelj integracije družbe, in najpomembnejša vprašanja družbene regulacije niso več religiozna, temveč filozofska (zato ni naključje, da so teoretiki oblasti in države hkrati tudi filozofi, in sicer v razmerah, ko filozofija in znanost nista več podrejeni religiji, npr. N. Machiavelli, T. Hobbes, J.-J. Rousseau idr.).

Postmodernizem lahko najkrajše opredelimo kot reakcijo na (hiper)modernizem. Modernizem opredeljuje industrijska epoha, ki je nastala z energetske revolucije. Namesto človeškega telesa, ki je prej glavni vir energije, odkrijejo nove energetske vire, iz orodij pa nastanejo stroji (parni, bencinski, električni, atomski). Vendar revolucija v pridobivanju novih energij še ne pomeni njihove smotrne uporabe (energetska kriza, onesnaževanje). To omogoči šele znanje, tj., informacije o tem, kako smotrno uporabljati dostopne energetske vire; pogoj za to pa je izraba človeških virov. Pokaže se, da kapitalizem ni protisloven proces zato, ker bi se zlomil v boju med delavci in kapitalisti, pač pa je njegova protislovnost v tem, da se je na ta način začel (odvisnost delavca od kapitalista) in se razvil v situacijo, ko kapitalist delavca ne potrebuje več (tovarne, v celoti robotizirane, že obstajajo, vloga klasičnih sindikatov upada, raste pomen strokovnih združenj ipd.). Pomen lastništva nad proizvodnimi sredstvi se zmanjšuje, vloga tistih, ki razpolagajo z znanjem, pa se povečuje. Bistvo lastništva je namreč v tem, da si materialnih predmetov, ki so dani v uporabo, ne more prilaistiti nihče razen deklariranega lastnika - medtem ko je z informacijami drugače: ko so dane v uporabo, so dostopne vsem (patenti ta problem le olajšujejo, ga ne razrešujejo). Ker je torej vrednost informacij z vidika družbene moči večja takrat, ko jo praktično uporabimo

državno oblast v novoveškem smislu (od tod izpeljanke: *terra, land - England, Angleterre, Holland*). Več o tem gl. v: E. SPEKTORSKIJ (1932), *Zgodovina socialne filozofije*. Ljubljana: Slovenska matica: 116 ss.

pred drugimi uporabniki, sicer zastara,<sup>1</sup> je edini izhod - produkcija novih informacij. S tem raste pomen strokovne moči, kar se pozna na strukturi celotne družbe: namesto primarnega in sekundarnega sektorja prevzemata vodilno vlogo t. i. terciarni (storitve) in kvartarni sektor (sociala itn.). To pomeni, da poudarek ni več na proizvodnji in predelavi materialnih stvari, pač pa na *delu z ljudmi* in na produkciji-selekciji informacij. Vprašanja socialnih dejavnosti in varstva, zdravstva, šolstva, kvalitete storitev in njihove dostopnosti, informiranosti itn., vse to kaže na pomen *vsakdanjega* življenja ljudi, česar ni mogoče regulirati z generalnimi idealnimi pristopi od zgoraj navzdol. Družboslovci opozarjajo, da bo v prihodnje vitalnost družb vse manj odvisna zgolj od njihovih političnih, ideoloških, ekonomskih idr. makroregulacijskih rešitev in vse bolj od njihove *skladnosti* s procesi na mikroravni. Vsakdanje življenje v socialnem, kulturnem, delovnem, demografskem itn. smislu postaja najpomembnejši prostor družbene integracije, kar se pozna tudi na značaju države, ki postaja vse bolj socialna (vprašanje kompetenc in omejitev), ne pa blaginjska. Iz te perspektive, na katero tu opozarjam, je razumljiv tudi naslednji poudarek v raziskavi: "To, kar se dogaja v našem svetu, ni zmaga ene politične ideje nad drugo, ampak je predvsem posledica *krize industrijskega načina*" organizacije, proizvodnje, mišljenja (podč. STRITIH: 43). Kako to preseči, ni več odvisno od filozofskih, pač pa od *socioloških* pristopov k družbeni regulaciji. In šele tu se začnejo pravi problemi.

Ali lahko sociologija ponudi rešitve zgornjih vprašanj? Ali razpolaga z ustreznimi razvojnimi modeli, ki bi jih bilo treba le še aplicirati? Odgovor je *ne* - se jih pa vse bolj

zaveda. Čeprav gre, kot rečeno, prvenstveno za sociološka vprašanja, to ni več področje zgolj ene same stroke. Poleg tega je tudi sama sociologija pred enakim problemom kot socialno delo in druge discipline. V zadnjih desetletjih se vse bolj vprašuje o tem, kako vzpostaviti mikro-makro sintezo ali kako povezati področje vsakdanjega življenja z makro teoretskimi tradicijami. Poudarek ni več na izključujočih razpravah o večji pomembnosti makro (družbenih) procesov ali pa o njih kot zgolj odrazu mikro dogajanj (na ravni posameznikov, skupin); namesto tega se skušajo odkrivati dejanske povezave med različnimi ravnmi socialne realnosti.<sup>2</sup>

In prav to je osrednji interes pričujoče raziskave v zvezi s socialnim delom. Namesto, da bi se spraševala, ali naj bo fokus socialne stroke posameznik ("s potrebo") ali družba, v katero je vpet, individualno ali skupnostno delo, adaptiranje ali revolucioniranje ipd., namesto tega izhaja iz povezave med dvema ključnima vprašanjema:

- kakšne so glavne oblike socialnih pomoči, kakor so se razvijale v zgodovini?

- katere ravni (razsežja) človekovega bivanja zaobjemajo posamezni načini socialnih pomoči in na kakšen način?

To je prikazano v shemi (str. 67), kjer se načini pomoči (dajatve, izvajanje javnih poblastil, pomoč družini, pomoč za uresničevanje delovnih potencialov,<sup>3</sup> osebna pomoč) *križajo* z biološko, psihično, socialno in duhovno ravni. Jo. Na ta način se zgodovinsko nastali pristopi v socialnem delu aktualizirajo z vidika *celotnega* socialnega konteksta (v katerem "individuum" in "družba" nista več ločeni ontološki entiteti), iz česar izhajajo nadaljni poudarki, razvidni že iz naslovov posameznih poglavij.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> "Menjalna vrednost znanja, ki je enako dostopno vsem, pa je seveda nična - enako kot je nična menjalna vrednost zraka, ki ga dihamo vsi, čeprav je njegova uporabna vrednost seveda ogromna." (Jan MAKAROVIC (1986), *Sla po neskončnosti*. Maribor: Obzorja: 266).

<sup>2</sup> Za celovit prikaz tovrstne problematike v sociologiji gl. J. ALEXANDER, B. GIESEN (1992), Od redukcije k povezavi: pregled razprave o mikro-makro povezavi. *Družboslovne razprave IX*, 13: 79.

<sup>3</sup> Uresničevanje *delovnih potencialov* se seveda ne omejuje zgolj na probleme, "ki jih imajo delavci v zvezi z delom v delovni sredini in ob prenehanju delovnega razmerja", kot to razume *Zakon o socialnem varstvu* (čl. 18).

<sup>4</sup> Naslovi osrednjega dela raziskave so: Socialno delo kot odgovor na kompleksnost družbe, Zgodovinske korenine sistema socialnega varstva in socialnega dela kot znanosti, Temeljne sestavine oz. pristopi socialnega dela, Odkrivanje avtopoetskega vidika socialnih, psiholoških in bioloških sistemov na stičišču socialnega dela s prostovoljstvom in socialno samopomočjo, Socialno delo kot socialno konstitutivna akcija, Epistemološka analiza strokovnega diskurza socialnega dela in vprašanje sodelovanja z drugimi strokami, Hermenevtična zanka v socialnem delu, Nova strokovna in človeška drža socialnega delavca v okviru ekosocialnega pristopa.

Interes socialnega dela za vse ravni človeške realnosti ima za stroko vrsto posledic, praktičnih in teoretskih. Posebnost stroke, da se usmerja najprej na stičišče psihične in socialne ravni, v prvi vrsti pomeni, da s tem biološka in duhovna raven nista izključeni (tj., prepuščeni zdravnikom in specializiranim "dušebrižnikom"). Praktični pomen tega je (najkrajše rečeno) v razumevanju socialnega dela na način, ko "lahko v vsakem primeru najdemo vse naštete ravni, vključno z duhovno, in da lahko tudi ocenimo ogroženost na vseh bivanjskih ravneh" (str. 66). Z vidika teorij v socialnem delu pa se s tem odpre možnost uporabe različnih pristopov, metod in tehnik in širših razlagalnih modelov, ki so jih za posamezna področja razvile druge znanosti oz. stroke. Čeprav se to zdi nekaj samoumevnega, ni tako. Nekateri namreč vidijo v širitvi področij socialnega dela in v uporabi različnih pristopov nevarnost za celovitost stroke, za njeno "integralnost" itn. Zato naj tu opozorim na dve vprašanji, ki z razvojem stroke postajata vse bolj aktualni:

a) primernost eklekticizma<sup>1</sup> v socialnem delu,

b) uporabnost sistemske teorije za socialno delo?

Ad a) Vprašanje eklekticizma, kot ga tu pojmem, ni posebnost socialnega dela ali drugih mlajših znanosti. Enako se lahko sprašujemo o eklektizmu npr. v sociologiji, psihologiji, filozofiji... Zdi pa se, da je to še zlasti pomembno za stroke, ki so hkrati praktične in teoretične dejavnosti (t. i. vede "o ravnanju"). Glede eklekticizma obstajajo številni argumenti tako za kot proti njemu. Najprej pogledjmo razloge ZA eklekticizem:<sup>2</sup>

- Za kliente je koristno vse razpoložljivo znanje, zato različnost teoretičnih pristopov ne škodi in ne sme biti omejena.

- Ker ima empirično znanje o veččinah, komunikaciji ipd. svojo vrednost neodvisno od teorij, se lahko zato uporablja znotraj vsake teorije; med različnimi načini pomoči lahko

obstaja veliko teoretskih povezav.

- Tudi teorije se lahko kombinirajo na različnih ravneh; ker nekatere teorije ne zajemajo vseh področij dela (npr., marksistične teorije ne vključujejo psiholoških znanj), se morajo uporabljati skupaj z drugimi pristopi. Od njihovega kombiniranja je odvisna njihova učinkovitost.

- Veliko postopkov v socialnem delu je enakih (npr. zaporedne faze postopka, načrtovanje dela, posamezne naloge, uporaba pogodb...), in to ne glede na teoretski okvir, iz katerega izhajajo; zato se lahko socialno delo razvija ne glede na teoretsko celovitost in konsistentnost znotraj ene teorije, ki bi bila edino primerna za to, pač pa je smotrno posegati po različnih teorijah.

- Številne razlike med posameznimi teorijami za prakso socialnega dela niso odločilne ali so celo nepomembne (z vidika konkretne pomoči so npr. splošne ideje o humanem okolju, človekovem vedenju ipd. sekundarnega pomena).

- Ker socialno delo temelji na zaupanju in osebni stiki s klienti, je lahko togo vztrajanje pri eni teoriji neprijetno tako za socialnega delavca kot za klienta v konkretnem primeru; zaradi različnosti obravnavanih situacij in osebnega stika s klienti je potrebno, da v socialnem delu vselej izbiramo med različnimi možnimi teoretičnimi pristopi.

Razlogi PROTI:

- Najpomembnejše za kliente je, da socialni delavci prej osvojijo ustrezne delovne veščine; teorije so z vidika klienta irelevantne.

- Eklekticizem se izogiba profesionalni odgovornosti za akumulacijo in integracijo znanj v socialnem delu.

- Ni jasne podlage za odločanje o tem, zakaj se oprijeti ene teorije namesto druge, oz., katero izbrati iz spektra obstoječih možnosti; zato je odločitev za eno teorijo, za drugo pa ne, povsem samovoljna, temelji bolj na osebni občutki kot na racionalni odločitvi.

- Socialni delavci naj bi osvojili veliko

<sup>1</sup> Tu nimam v mislih eklekticizma v smislu *nenačelnega, mehaničnega združevanja* raznih sestavin v en sestav (v znanosti je to nesprejemljivo, v umetnosti že manj). Z eklekticizmom mislim na njegov izvoren pomen (eklektikos = izbiren), tj., kako koherentno izbrati tista spoznanja (pristope, modele, teorije), ki utegnejo biti pomembna za socialno stroko? Kakšni utegnejo biti učinki takega početja in ali je to sploh možno?

<sup>2</sup> Navedene razloge za in proti eklekticizmu je povzel Malcolm Stuart Payne v: M. PAYNE (1991), *Modern Social Work Theory*. London: Macmillan: 51.



teoretičnih pristopov, potrebnih za študij in supervizijo, česar pa veliko socialnih delavcev ne zmore; v primeru, da gre pri uporabi kakšne visoko sofisticirane teorije kaj narobe, tega ne opazijo ali pa niso sposobni popraviti.

- Aplikacija več različnih teorij skupaj lahko povzroči, da socialni delavec v praktičnem delu izgubi občutek za njegovo bistvo.

- Veliko teorij uporablja podobne tehnike, toda z različnimi utemeljitvami in s popolnoma drugačnim razumevanjem družbe in posameznikov; teorije lahko povzročajo notranje konflikte, ne da bi se jih socialni delavec zavedel ali razumel njihove kontradikcije, kar lahko zmede tako socialne delavce kot kliente.

Gotovo so oboji argumenti vredni premisleka, saj opozarjajo, da lahko eklektični pristop k teorijam skriva vrsto pasti, ko ga skušamo praktično uporabiti (to navsezadnje velja tudi za vsako posamično teorijo). Vprašanje pa je, ali se je treba zato tudi načelno za vsako ceno izogibati eklekticismu? Očitno je namreč, da argumenti PROTI eklekticismu zavračajo ta pristop zlasti z vidika praktičnega dela s klienti, kar pa lahko pomeni dvojje:

- zavračanje *vseh* poskusov teoretične osmiselitve socialnega dela, ki naj ostane zgolj praktična dejavnost; ali pa

- pristajanje zgolj na *eno* od teorij in zavračanje vseh drugih.

Ti dve sporni stališči se namreč branita z *istimi* argumenti, s katerimi se zavrača eklekticism. Poleg tega se obe predpostavki zgolj navidezno izključujeta, kar se je pokazalo prav v razvoju socialnega dela pri nas, saj so ga v začetnem obdobju razumeli zgolj kot aplikativno dejavnost (instrument socialne politike) za uresničevanje splošne družbene opcije - ta pa je bila zgrajena na marksizmu, kar je povzročilo ideologizacijo socialnega dela.

Za primer, kam vodi dosledno zavračanje eklekticizma, naj navedem trditev M. Milosavljevića (s posvetovanja na Bledu, 1989), ki izrecno zagovarja stališče, "da načelo integrativnosti in interdisciplinarnosti vodi v eklekticism različnih teoretskih razumevanj, in

to nekritično sposojenih z drugih področij znanosti ali dejavnosti". In kaj zanj pomeni "nekritično sposojanje" od drugod? Milosavljević nekritični eklekticism zavrača tako, da se zavzema za načela "celovitosti in integralnosti" socialnega dela, ki ne bo prilagajalo klientov sistemu, ampak narobe, potem pa razkrije, kateri temelj "celovitosti" je za socialno delo najprimernejši: "Če sklenemo, na marksističnih temeljih zgrajeno socialno delo mora služiti vsem ljudem, sodelovati pri spreminjanju družbenih okoliščin in razmer ter na specifičen način sodelovati pri socialni revoluciji."<sup>1</sup> Torej - namesto "integrativnosti in interdisciplinarnosti" (=eklekticism) uveljaviti "celovitost in integralnost", pri čemer seveda ostane skrivnost, v čem je npr. razlika med načelom "integrativnosti", ki ga zavrača, in načelom "integralnosti", ki ga zagovarja. Namesto "nekritičnega sposojanja", kar po avtorjevem mnenju nujno pelje v razne "izme" (sociologizem, psihologizem...), pa zahteva marksistične temelje. Skratka, namesto izbora in kombinacije teoretskih znanj iz sorodnih disciplin - uveljaviti ideologijo kot temelj stroke.

V resnici eklekticism sam po sebi ni ovira (kot tudi ne samodejno zagotovilo) za doseganje praktičnih ali teoretskih strokovnih smotrov. Postopek (teoretski ali praktičen) ni sporen že s tem, *ker* uporablja teorije (ali večšine) iz drugih ved; sporen je lahko šele zaradi načina, *kako* to uporablja.<sup>2</sup> Primer dobrega izbora ali navezave na različne postopke, pomembne za socialno delo, pa je ravno pričujoča raziskava. V prvem poglavju so podani različni pristopi: skupinsko delo, skupinska dinamika, akcijsko raziskovanje, Balintove skupine, Beerov model, Grossmanov pogled, supervizija, samopomočne skupine, generativni dialog..., ki pa so obravnavani - in to se mi zdi pomembno - vedno v zvezi s *konkretnimi* primeri oz. projekti. Ne gre torej za abstraktna razmišljanja o (ne)primernosti navedenih pristopov in metod, pač pa za konkreten oris dejanskega razvoja stroke pri nas v zadnjih desetletjih (tako znotraj VŠSD kot izven). Šele

<sup>1</sup> Milosav MILOSAVLJEVIĆ (1990), Socialno delo med pragmatizmom in teoretičnim eklekticismom. *Socialno delo* 29, 1-3 (izbrani referati 6. bionalnega seminarja mednarodnega združenja šol za socialno delo, Bled, november 1989): 97, 98.

<sup>2</sup> Podobno je tudi s samim pojmom *eklekticism*, ki ga ne moremo opredeliti a priori negativno, češ da gre za nenačelno, mehanično, nelogično ipd. združevanje različnih sestavin - potem pa si to domnevno nelogičnost in nenačelnost pojasnimo z eklekticismom (=tavitologija).



na ta način je tudi mogoče razmišljati o tem, kateri pristopi (metode, teorije) so v *posameznih* primerih najuporabnejši. S tem odpadejo dileme v smislu: kateri pristop kliente pasivizira in kateri jih afirmira, katere teorije se za vselej oprijeti in katero zavreči, eklecticismem da ali ne ipd. Nasprotno, avtorji izrecno zapisujejo, da naj "vsak strokovni delavec razvije svoj stil dela, ki odgovarja tudi družbenemu kontekstu, v katerem strokovnjak dela in živi. Strokovnjak lahko konstruira različne ideografske modele, ki ponazarjajo način delovanja celotnega sistema..." (str. 114). Teorije so zgolj pojmovni konstrukti, s katerimi ponazarjamo realnost, niso pa ta realnost sama. Oziroma, kot je poudarjeno na drugem mestu: "Ime ni imenovana stvar" (str. 108).

*Ad b)* Zgoraj rečeno seveda velja tudi za pristop, ki ga uporabljajo avtorji raziskave. Gre za sistemsko (ekološko) teorijo, s katero uvajajo nove ključne pojme in načine razmišljanja o relacijah med različnimi ravnmi (podsistemi) človeške realnosti. Najprej pa velja v zvezi s splošno sistemsko teorijo opozoriti na naslednja dejstva:

- Nastala je kot "strukturno-funkcionalni" pristop, ki ga v sociologiji sredi tega stoletja vpelje Talcott Parsons<sup>1</sup> (z navezavo na sociološke klasike); na njen račun letijo v glavnem kritike, da je, kot pove že ime, sistemska struktura *nadrejena* funkciji (delov, ki jo imajo glede na celoto), kar pa otežuje problematiziranje same strukture, saj so tista delovanja in postopki, ki jo postavljajo pod vprašaj, označeni kot nefunkcionalni.

- Do vsesplošne popularnosti sistemske teorije na različnih področjih pride z obratom, ki ga vpelje Niklas Luhmann: obrne zgornji pristop in vpelje "funkcionalno-strukturno"

sistemsko teorijo. Funkcija je zdaj *pred* strukturo, kar po eni strani omogoča vpraševanje o funkcijah strukturnih delov na način, ki ni (nujno) determiniran s stališčem celotnega sistema, po drugi strani pa se vedno znova postavlja pod vprašaj smiselnost celotne strukture, katere obstoj ni več samoumeven ali celo brezpogojen. Od tod širitev interesa na procese izmenjave, selekcije, soodvisnosti in prežemanja, avtoreferenčnosti (avtopoetičnosti), smiselnosti, komunikacije, kompleksnosti, kontingence itn., pri čemer fokus ni več na vzajemnem povezovanju delov v celoto (struktura), pač pa na razmejitvi med sistemom in okoljem (meje sistema).<sup>2</sup>

- Luhmannova izhodišča so izrazito *interdisciplinarna*. Bistvena razlika med njegovo in klasično formulacijo sociološke teorije je v tem, kot pravi sam,

da klasične sociološke teorije - Max Weber, Emile Durkheim, Georg Simmel - operirajo le z nekaterimi, nezadostno definiranimi temeljnimi koncepti... Kaže, da je danes opisni potencial teh pojmov izčrpan... Temeljna intenca sistemske teorije o družbi pa je v tem, da bi ponudila serijo med seboj povezanih in kompleksnih instrumentov in konceptov... teh nismo zajeli iz rezervoarja tradicije, marveč smo jih dobili z razvojem interdisciplinarne perspektive.<sup>3</sup>

Torej navezava na filozofijo, fenomenologijo, pravo, zgodovino, biologijo itn. Vprašanje je, kaj lahko uporaba takega pristopa pomeni v socialnem delu, kakšne prednosti ponuja in kakšni so ugovori v tej zvezi? Zato najprej pogledimo najpogosteje omenjene PREDNOSTI sistemskega pristopa (kot jih poudarjajo različni avtorji),<sup>4</sup> ki so v naslednjem:

<sup>1</sup> V slovenski sociologiji je še v osemdesetih letih veljalo, da je glavni avtor splošne teorije sistemov Karl Marx (gl. *Družboslovje* (1986). Ljubljana: CZ: 276).

<sup>2</sup> "Sistemske funkcije smotrnega orientiranja se ne morejo, z vidika njihovega nanašanja na obstoječi sistem, izvrševati z neoviranim oportunitizmom. Sistem se mora o svojih smotrih sporazumeti z okolico, uporabiti jih mora kot osnovo notranje organizacije in kot osnovo za lastno učenje; vse to pa predpostavlja, da se nameni ne spreminjajo od situacije do situacije, ampak da se jim sledi neodvisno od sprememb v okolju. Po drugi strani pa se to ne more dogajati na temelju splošno sprejete, konsistentnega vrednostnega reda, ker je za to svet preveč kompleksen" (Niklas LUHMANN (1981), *Teorija sistema*. Zagreb: Globus: 214).

<sup>3</sup> Arhimed in mi (intervju z N. Luhmannom). *Nova revija IX* (1990), 96/99: 803.

<sup>4</sup> Malcom PAYNE (v *Modern Social Work*: 18 ss.) povzema PREDNOSTI tega pristopa po naslednjih avtorjih: Leighninger, Robert D. (1978), *Systems theory, Journal of Sociology and Social Welfare*, 5: 446-66; Goltstein, Howard (1973), *Social Work Practice: A Unitary Approach*, Columbia, South Carolina, University of South Carolina Press; Pincus A., Minahan A., (1973), *Social Work Practice: Model and Method*, Itasca, Ill., Peacock; Hearn, Gordon, (1969), *The General Systems Ap-*

- večji poudarek na spremembah v okolju kot zgolj na psiholoških pristopih;

- gre za interaktivni pristop, ki se bolj koncentrira na učinke ene osebe na drugo kot na notranje misli in občutke;

- opozarja socialne delavce na alternativne možnosti doseganja ciljev in reducira stigmatiziranost, v nasprotju z nekaterimi psihološkimi teorijami, ki se osredotočajo zgolj na normalnost oz. deviantnost;

- pristop je enoten, povezovalen, holističen: vključuje delo s posameznikom, skupinami in skupnostmi ter ne favorizira nobene specifične interventne metode; namesto tega zagotavlja splošni interpretativni okvir za opisovanje realnosti na katerikoli ravni, tako da se vse intervencije lahko razumejo kot sistemski učinki; s tem da socialni delavci izbirajo med teorijami, ki so primerne za posamezne ravni intervencije, se izognejo sterilnim debatom o tem, ali naj bo socialno delo koncentrirano na posameznike ali na socialne reforme;

- pristop se izogiba linearnemu, determinističnemu, vzročno-posledičnemu razlaganju vedenja in socialnih pojavov, ker opozarja na to, kako lahko izmenjava energije (součinkovanje) vpliva na sisteme v različnih smereh.

Pomisleki PROTI sistemskemu pristopu pa so:<sup>1</sup>

- pristop je bolj osvetljevalen kot pa razlagalen, opozarja na zveze med različnimi nivoji družbe in individualnim vedenjem, ob tem pa ne pojasni, zakaj se stvari dogajajo in zakaj te povezave obstajajo; teorija je težko empirično preverljiva;

- zaradi prevelike abstraktnosti ne ponuja metod za konkretna ravnanja; ne omogoča kontrole nad učinki intervencije na sistem, ker ne vemo, kako vsak njegov del učinkuje na druge; predpostavlja se le, da z vplivanjem enega dela na sistem vplivamo tudi na druge dele, toda v praksi se zdi, da ni vedno tako;

- ni vse enako pomembno, in teorija ne

omogoča odločitve o tem, kaj je najpomembnejše; dosti stvari se mogoče sploh ne sklada s splošno shemo; z določitvijo mej sistemov lahko domnevamo, da stvari součinkujejo med sabo, kar pa je nepreverljivo; zato so lahko socialni delavci, osredotočeni na širok spekter možnih rešitev, zavedeni v tem smislu, da zanemarijo podrobnosti ali npr. konkretno osebnost;

- preveč je poudarjena pomembnost integracije delov sistema in domneva se, da je vzdrževanje sistema dejanska potreba vseh sistemskih delov; iz tega sledi, da je sistem bolj nagnjen k vzpostavljanju ravnotežja kot pa k spremembam; vprašljiva je tudi predpostavka sistemske teorije, da je konflikt manj zaželen kot pa vzdrževanje sistema in njegovo integritanje;

- ideja povratne zveze implicira počasne in vodljive (predvidljive) spremembe, pri čemer je zanemarjena morebitna potrebnost radikalnih sprememb; zanemarjeno je tveganje, da *feedback* včasih bolj okrepi kot pa reducira deviantnost;

- ideje entropije in preživetja kot vidiki sistemov so analogne dogajanjem v bioloških in fizičnih sistemih, veliko tovrstnih analogij pa ni mogoče posplošeno aplicirati na vse socialne sisteme; ali si res vsi sistemi prizadevajo za preživetje (npr. družine z notranjimi konflikti...);

- gre za kompleksen in tehničen jezik, ki ni najbolj primeren za humane dejavnosti, kot je socialno delo; ideje o konfliktu, potrebah in gonih v psihodinamični teoriji ali pa ideje o resničnosti in odtujitvi v humanistični teoriji se zdijo dosti bolj atraktivne za soc. delo;

- ker gre za zelo splošno teorijo, jo je težko aplicirati v konkretnih situacijah, po drugi strani pa je lahko aplikacija zelo raznovrstna; kakšen strokovnjak lahko npr. interpretira situacijo v eno smer, drugi pa jo vidi drugače, in težko je presoditi, kdo ima prav.

*proach: Contributions toward an Holistic Conception of Social Work*, New York, Council on Social Work Education.

<sup>1</sup> Argumente PROTI povzema M. Payne po naslednjih avtorjih: A. FORDER (1976), Social work and systems theory, *British Journal of Social Work*, 6(1): 24-41; C. GERMAIN (1979), Introduction: ecology and social work, v C. B. GERMAIN (ur.) (1981), *Social Work Practice: People and environments - an ecological approach*, New York: Columbia University Press; R. MANCOSKE, Sociological perspectives on the ecological model, *Journal of Sociology and Social Welfare*, 8(4): 710-32; M. SIPORIN (1980), Ecological systems theory in social work, *Journal of Sociology and Social Welfare*, 7(4): 507-532; R. D. LEIGHNINGER (1978), Systems theory, *Journal of Sociology and Social Welfare*, 5: 446-66; R. EVANS (1976), Some implications of an integrated model of social work for theory and practice, *British Journal of Social Work*, 6(2): 177-200.

Če zanemarimo nekatere od zgornjih ugovorov, ki lahko veljajo za vsako teorijo, ne le za sistemsko, je res, da sistemskemu pristopu najpogosteje nasprotujejo zlasti zaradi (pre)-abstraktnosti, nepreverljivosti, favoriziranja ravnotežja (namesto sprememb), uporabe analogij, domnevne aplikativne neprimernosti

morda natančneje, če bi se podnaslov glasil recimo Od filozofije k antropologiji glasbe. Namerno izbavljamo podnaslov, ki pa je za svojo knjigo *Neubesedljive zvočne igre* pred kratkim uporabil Rajko Muršič; tovrsten "prehod" ali protiganje težnja pozornosti v okviru takega ali drugačnega teoretskega vobdanja z glasbo se namreč kaže, odraža ali odmevuje v obeh omenjenih knjigah, *Blaukopf* in *Muršičevi*. Nikakor ne po naključju, česa deli se namreč, vsaka v svojega zornega kot, pa spet izredno - čeprav nikakor ne povsem - istomišljenično lotevata omenjena avtorja. Ne zgolj zato, ker oba avtorja prispevata v sodnih teoretskih poljih, ali zato, ker obsegata skoraj enakega kulturnega konteksta, ampak zgolj zato, ker se oba osredotočata na isti vsebini. Pravzaprav bi lahko - seveda namerno površno - skorajta rekli, da je "odlas" razlike med njima starostna... In datum izdaje knjige.

Razlogi za navedeno podobenje so tudi večplastni. Tudi, rekli bi, toliko bolj "besedovredni". Kaže namreč, da gre za splošno tendenco vsaj nekaterih teoretikov, ki se raje od abstraktnostih in hkratih (kar je splošno na prvi pogled protislovno) enostranskih filozofskih razprav o glasbi in kulturi uspešnih bolj celovitih, vseobsegajočih, tudi neposrednih spoprijemov s kulturo, urej: v skladu zadržanostjo in ko-konstituantno človeški obstojem nastipah.

Omenjena tendenca se, tako kot videti, napaja v pisnem vidu namreč in bogatih poskusov razumevanja človeškega bitja: po eni strani v fenomenoloških ali vsaj deloma tudi s fenomenološke tradicije obarvanih pristopih, ki se večkrat sučejo okoli mikro ravni družboslovnega raziskovanja, čeprav makro (strukturne ali sistemske) ravni ne zanemarijo. Tu imamo v mislih tudi ali predvsem etnometodologijo in sorodne pristope pretelčno iz druge polovice tega stoletja. Zlasti pa se nam po drugi strani zdi pomembna, ključna in

ipd. V nadaljevanju želim opozoriti na previdnost pred naštetimi poenostavitvami, iz česar bo razvidna tudi prednost sistemskega pristopa, kakor je uporabljen v omenjeni raziskavi.

(Se nadaljuje.)

- na prvi pogled mogoče za tega avtorja, za koga drugota pa kot bogatstva - vse pogumnejša uporaba antropoloških spoznanj tudi v okviru (rednih) sociologije. V okviru vede torej, ki se je do antropologije kot predelno obnašala varljiva, razločno in osamljujoče. Tako v tejni kot tudi pri vsi.

Antropologija je vsaka navzoda v obeh uvodoma omenjenih delih in glasbi. Rajko Muršič je to dejstvo namiznostno in transparentno zapisal tudi v podnaslov. Kurt Blaukopf je bil vsaj pri avtorstvu bolj "traditionalističen", čeprav se morda v tem logiki ukvarja s to problematiko in bolj neravnost.

Temeljiteje razmišljanje o vrstah in okoliščinah takozvanih ali domnevnih tendenc, konce koncev tudi njihovo dokazovanje, seveda presega okvir tega zapisa, zato naj navedeno deli le kot eden možnih konstruktov, eden od vrstnih kotov, iz katerega lahko beremo omenjena dela.

Na tej točki se bomo odeljili od Muršičevy dela, ki bo v recenziratskem kotičku ostalo na vrsto v kratkem, ter se posvetili Blaukopfemu prispevku.

Kurt Blaukopf je avstrijski muzikolog. Ta podatek je pomemben vsaj iz dveh razlogov. Prvič: Blaukopf je muzikolog, čeprav se tega svojega poklica nikakor ne drži togo in kratkovidno. Kot muzikolog, ki ima bogate izkušnje iz lastnega igranja z glasbo, ima tudi vse kvalifikacije ali kompetence, da svobodno, čeprav nikakor ne varljivo govori tudi o najbolj zapletenih muzikoloških (teoričnih) podrobnostih. Tu je podoben Adornu, ki pa je - s podobnim začetkom - deloval bistveno bolj "neprijetno". Adornovi sklepi, ob katere se obregne tudi Blaukopf, se bili večkrat, blago rečeno, samovlejni konstrukti, ki jih je Adorno artikuliral s svojim prepričavanim in začetnim znakom: z zapleteno "dialektično govorico", o kateri na nekem mestu Blaukopf pripominja tudi naslednje: "Z Adornom je zavel v sociologiji emfatičen ton, nov jezik, ki so ga v nemških delcih knaži posnemali. Uveljavila





Kurt BLAUKOPF (1993), *Glasba v družbenih spremembah*. Ljubljana: ŠKUC, FF (Studia humanitatis). 389 str.

Obravnavana knjiga ima podnaslov *Temeljne poteze sociologije glasbe*, čeprav bi bilo morda natančneje, če bi se podnaslov glasil recimo *Od filozofije k antropologiji glasbe*. Namerno navajamo podnaslov, ki ga je za svojo knjigo *Neubesedljive zvočne igre* pred kratkim uporabil Rajko Muršič; tovrsten "prehod" ali prelaganje težišča pozornosti v okviru takega ali drugečnega teoretskega ubadanja z glasbo se namreč kaže, odraža ali utemeljuje v obeh omenjenih knjigah, Blaukopfovi in Muršičevi. Nikakor ne po naključju. Obe deli se namreč, vsaka s svojega zornega kota, pa spet izredno - čeprav nikakor ne presenetljivo - istomišljeniško lotevata omenjene tematike. Ne zgolj zato, ker oba avtorja prihajata iz sosednjih teoretskih polj, ali zato, ker izhajata iz skoraj enakega kulturnega konteksta, niti ne zgolj zato, ker se oba osredotočata na isti izseček. Pravzaprav bi lahko - seveda namerno površno - skorajda rekli, da je "edina" razlika med njima starostna... In datum izdaje knjige.

Razlogi za navedeno podobnost so širši, večplastni. Tudi, rekli bi, toliko bolj "hvalevredni". Kaže namreč, da gre za splošnejšo tendenco vsaj nekaterih teoretikov, ki se selijo od abstraktnejših in hkrati (kar je mogoče na prvi pogled protislovno) enostranskih filozofskih razprav o glasbi in kulturi nasploh k bolj celovitim, vseobsegajočim, tudi neposrednim spoprijemom s kulturo, torej s ključno razsežnostjo in ko-konstituantno človekove eksistence nasploh.

Omenjena tendenca se, tako je videti, napaja v pisanem viru raznolikih in bogatih poskusov razumevanja človekovega bivanja: po eni strani v fenomenoloških ali vsaj deloma tudi s fenomenološko tradicijo obarvanih pristopih, ki se večkrat sučejo okoli mikro ravni družboslovnega raziskovanja, čeprav makro (strukturne ali sistemske) ravni ne zanemarjajo. Tu imamo v mislih tudi ali predvsem etnometodologijo in sorodne pristope pretežno iz druge polovice tega stoletja. Zlasti pa se nam po drugi strani zdi pomembna, ključna in

- na prvi pogled mogoče za koga samoumevna, za koga drugega pa kar bogokletna - vse pogumnejša uporaba antropoloških spoznanj tudi v okviru (recimo) sociologije. V okviru vede torej, ki se je do antropologije kar predolgo obnašala vzvišeno, zmrdljivo in omalovažujoče. Tako v tujini kot tudi pri nas.

Antropologija je stalno navzoča v obeh uvodoma omenjenih delih o glasbi. Rajko Muršič je to dejstvo manifestno in transparentno zapisal tudi v podnaslov. Kurt Blaukopf je bil vsaj pri naslavljanju bolj "tradicionalističen", čeprav se morda v sami knjigi ukvarja s to problematiko še bolj naravnost.

Temeljitejše razmišljanje o vzrokih in okoliščinah nakazanih ali domnevnih tendenc, konec koncev tudi njihovo dokazovanje, seveda presega okvire tega zapisa, zato naj navedeno služi le kot eden možnih konstruktov, eden od zornih kotov, iz katerega lahko beremo omenjena dela.

Na tej točki se bomo odcepili od Muršičevega dela, ki bo v recenzentskem kotičku prišlo na vrsto v kratkem, ter se posvetili Blaukopfovemu prispevku.

Kurt Blaukopf je avstrijski muzikolog. Ta podatek je pomemben vsaj iz dveh razlogov. Prvič: Blaukopf je muzikolog, čeprav se tega svojega poklica nikakor ne drži togo in kratkovidno. Kot muzikolog, ki ima bogate izkušnje iz lastnega ukvarjanja z glasbo, ima tudi vse kvalifikacije ali kompetence, da suvereno, čeprav nikakor ne vsiljivo govori tudi o najbolj zapletenih muzikoloških (tehničnih) podrobnostih. Tu je podoben Adornu, ki pa je - s podobnim zaledjem - deloval bistveno bolj "neprijetno". Adornovi sklepi, ob katere se obregne tudi Blaukopf, so bili večkrat, blago rečeno, samovoljni konstrukti, ki jih je Adorno artikuliral s svojim prepoznavnim in zaščitnim znakom: z zapleteno "dialektično govorico", o kateri na nekem mestu Blaukopf pripominja tudi naslednje: "Z Adornom je zavel v sociologiji emfatičen ton, nov jezik, ki so ga v nemških deželah kmalu posnemali. Uveljavila

sta se iz Heglovih spisov napajajoče se besedišče in pogostoma razčlenjena sintaksa, s katero se je dalo prikladno izraziti zapleteno, ki pa je bila vendarle primerna tudi za zamegljevanje preprostih danosti" (str. 278). Adorna tukaj izpostavlja zlasti zato, ker se nam zdi, da v slovenskem prostoru, kar se tiče govorjenja o glasbi, zaseda kar preveč pomembno mesto. Tudi s tega vidika je Blaukopfova knjiga neprecenljiv prispevek k nečemu, čemur bi lahko rekli tudi "pluralizacija" razprave o glasbi. Blaukopf, namreč, med vsem drugim skozi dovršen del knjige navaja tudi vrsto drugih družboslovcev ali v širšem smislu humanistov, ki so se tako ali drugače ubadali - tudi - z glasbo. Celo za sociologa je zanimivo brati prepričljive in spretno napisane opazke (tudi) o posameznih najvidnejših sociologih in njihovih spoprijemih z vprašanji (zlasti) razmerij med družbo in glasbo. Že ta razsežnost knjige navdušuje z bogatim virom referenc za nadaljnje branje.

In drugič: Blaukopf je Avstrijec. Je torej, hočeš nočeš, vpet v kulturni kontekst, v tradicijo, ki ji lahko rečemo tudi "srednjeevropska". Tega se zaveda, na to celo opozori, čeprav se v knjigi na več mestih izrecno trudi preseči dani okvir in poseči na "univezalnejšo" raven, ali drugače, čeprav skozi vso knjigo poskuša govoriti o človeški kulturi kot taki, torej nasploh, in čeprav poskuša podobno na splošno zaobjeti in opredeliti tudi glasbo. Vendar vsake toliko le zdrsne nazaj v okrilje "srednjeevropskega" pojmovanja glasbe, česar mu niti ne moremo šteti za hudo, saj tako pojmovanje na več mestih sam opredeli in tudi kritizira (samozadovoljne evropocentristične) poskuse, iz tega pojmovanja izpeljati univerzalno teorijo o glasbi. Tu bi lahko torej govorili le o določeni Blaukopfovi nedoslednosti, pač v smislu, da ne more "iz svoje kože". Vendar je prav njegova teoretična, globoko v antropologiji - ali v njenem stališču, da so vse kulture enakovredne - utemeljena postavka nov dragocen prispevek za razmišljanje o različnih pojavnih oblikah človeške kulture v znanem svetu.

Tu smo pri še enem opredeljujočem podatku o Blaukopfu. Je namreč dolgoletni sodelavec UNESCO in vodja projekta *Mediacult* iz tega okrilja. Ena od nalog tega inštituta je tudi

v strokovni premislek zajeti "glasbe sveta", napisati nekakšno "univerzalno zgodovino glasbe". Blaukopf seveda upravičeno dvomi v izvedljivost te naloge in to na več mestih v knjigi tudi dokazuje. Hkrati pa se zaradi tega ne odpoveduje raziskovanju in vztrajnemu proučevanju vseh dosegljivih "glasbenih praks". Tu je etnološka in antropološka razsežnost njegovega početja tudi najbolj neposredno vidna.

Knjiga s po svoje nekoliko nenatančnim naslovom *Glasba v družbenih spremembah* je nekakšen sklep, povzetek Blaukopfovega dolgoletnega dela tudi v okviru omenjenega inštituta, hkrati pa je napisana trideset let po njegovem prvem večjem delu *Sociologija glasbe*, ki ga je objavil leta 1950. *Glasba v družbenih spremembah* je izšla že leta 1982, deset let pozneje pa z manjšimi dopolnili tudi v angleškem prevodu. Ta je bil za osnovo naši izdaji. Ti podatki so spet pomembni tudi v okviru izpeljav, ki smo jih navedli v uvodu. Knjiga je torej na razpolago že dobro desetletje, vendar je bil Blaukopf v našem prostoru bolj ali manj neznan, osrednje mesto pa je zavzemal Adorno. Mimogrede: s prevodom izbranih spisov Walterja Benjamina, ki jih prav tako pripravlja *Studia humanitatis*, bomo v naš prostor dobili prispevke še enega pomembnega, kar razvpitega teoretika, celo mladostnega Adornovega prijatelja, vendar prekmalu, v drugi svetovni vojni tragično preminulega misleca, ki je prispeval tudi ključni delež k zastavitvi tistega, čemur smo kasneje rekli "frankfurtska šola" in v okviru katere je - prav na področju študij glasbe - s svojo inačico "kritične teorije družbe" prevladoval Adorno. Benjamina in seveda Adorna z vsem ustreznim spoštovanjem obravnava tudi Blaukopf.

Ko že toliko govorimo o Adornu, omenimo še eno možno matrico, s pomočjo katere se lahko lotimo branja Blaukopfove knjige. V mislih imamo dve veliki miselni tradiciji. Prva je pretežno nemška filozofska misel, ki že nekaj stoletij v dobršni meri opredeljuje določene segmente evropskega razmišljanja, vanjo pa je bil vpet tudi Adorno. Zanimivo, kar indikativno je, da se je ta tradicija imela za naslednico grške antične misli, oz., da je črpala iz nje. Po drugi strani se je v zadnjem stoletju ali nekaj več vzpostavila druga "tradicija", ki bi

jo lahko z nekaj površnosti ali poenostavljanja imenovali tudi "anglosaksonska". Sem bi sodil precejšen del tendenc, ki smo jih navajali v prvem delu. V ta okvir bi torej sodila mlada tradicija v glavnem ameriških in nekaterih angleških avtorjev in antropološka spoznanja. V tem okviru bi lahko Blaukopfov prispevek umestili nekam vmes, mogoče celo kot premostitveno delo med nakazanima tradicijama. Ali natančneje: kot delo nekoga, ki izhaja iz okvira ene, v tem primeru nemške filozofske /miselne tradicije, ki pa je odprt, dovzeten do druge, torej ameriške misli. S tega vidika postanejo jasnejše, oz., dobijo drug pomen posamezne izpeljave v Blaukopfovi knjigi.

Blaukopf v svoji knjigi, kljub mnogim suverenim opazkam, ne ponuja dokončnih, zaprtih odgovorov, še manj si domišlja, da je izčrpal vse možne vidike problematike. Delo je, kljub zlasti zaradi navedene zaključitve in poslednjega obdobja raz-  
dravljavanja družbenih dejavnosti. To so predvsem tiste, ki delujejo znotraj vladnih organizacij, vendar bi jih lahko po vrsti karakteristik uvrstili v nevladne. To značilnost so zlasti neprofitne, zagotavljajo sredstva za delo iz različnih virov financiranja, odgovarjanje na potrebe uporabnikov in še druge.

Na seminarju smo lahko srečali tako klasična društva, kot je Zveza prijateljev mladine, društva, ki so nastala iz zdravstvenih potreb članov (Društvo pljučnih bolnikov...), pa M'ain, Društvo podeželske mladine in Katoliške skrite. Z naštevanjem želim poudariti raznovrstnost organizacij, ki so bile navzven in za katere bi lahko rekli, da na prvi pogled nimajo vidne skupnega. Razlog, da so se vseeno na istem prostoru, je ravno njihova neprofitnost, kar nam lahko hitro pove kaj o razvoju in stanju.

Seminar je zajemal vsebinske, kar se lahko uporablja za vse neprofitne organizacije in se nanašajo na organizacijske, strojne, pravne podlage delovanja in medsebojne odnose članov.

Uvod v neprofitni sektor je podal Lester Salomon, ki je direktor Inštituta za politične študije na John Hopkins University. Skušal je odgovoriti na naslednja vprašanja:

1. Kaj je neprofitni sektor in kakšne so posebne značilnosti organizacij, ki sestavljajo ta sektor?

2. Zakaj imamo neprofitni sektor in zakaj je potreben v tržnem sistemu?

množici izredno raznovrstnega gradiva, nabrane v dolgih letih proučevanj in razmišljanj, in kljub prvemu vtisu o zmedenosti, še zlasti ob pregledu kazala, napisano spretno, celo pregledno in - kar je redka dobrina - preprosto, in kjer se le da, jasno. Tudi nekateri drobci, ki se nam ob branju zdijo navrženi, se na koncu popolnoma ustrezno razvrstijo v sistematičen mozaik, ki ponuja možnost za učinkovito vsakokratno uporabo knjige.

Glasba v družbenih spremembah je torej več, kot obljublja naslov, je bogata lepljenka raznolikih in hkrati enovitih, v celoto povezanih pripomb, spoznanj, domnev, predpostavk, podatkov, analiz, definicij o eni od pomembnih manifestacij človekovega obstoja.

Milko Poštrak

*Legitimna in zakonita tradicija za neprofitni sektor* je avtor Thomas Silk, ki ima priznano udelnostno pisarno v San Francisco. Pisarna silka v ZDA zastopa samo neprofitne organizacije. Predstavi je zakonske okvire neprofitnega sektorja v ZDA na način študije primera.

Delavnica "Kako organizirati in voditi neprofitno organizacijo" je vodila Nicole Elchart, ki je vodja projekta "Tretji sektor" na John Hopkins University. Delavnica je bila namenjena zlasti pojavitvi koncepta strateškega planiranja in sicer odgovarja na vprašanja kaj, kdo, kdaj, zakaj in kako strateško planirati. Na koncu delavnice so udeleženci premislili o poslanstvu svoje organizacije in napisali "Izjavo o poslanstvu".

O *Priljubljenosti finančnih sredstev* je govoril Richard V. Cook, odgovarjal pa je na taka vprašanja:

\* Kaj pomeni pridobivati denar in zakaj ga pridobivati?

\* Najtežje naloge pri pridobivanju denarja ali kako pripravimo organizacijo za pridobivanje denarja, kako pridobimo pravo vodstvo, kako izberemo prave metode zbiranja denarja, koga in kako bomo vprašali za denar, kako se zahvalimo donatorjem in jih vključimo v organizacijo in kako evaluiramo.

O *Uspostavljanju etike neprofitnih organizacij* je govoril Thomas Silk, ki je predstavil etični kodeks. Ispostavil je naslednje vrednote, ki sestavljajo kodeks:





## Slovenske nevladne organizacije in ameriška izkušnja

(Poročilo o seminarju)

V Ribnem pri Bledu je od 21. do 25. marca 1994 potekal mednarodni seminar o nevladnih organizacijah. Vodili so ga strokovnjaki z John Hopkins University iz Baltimora, organiziral pa ga je Center za razvoj prostovoljnih organizacij pri Slovenski fundaciji v povezavi z Ministrstvom za delo, družino in socialne zadeve. To je bil prvi tovrstni seminar v Sloveniji in peti po vrsti v Vzhodni in Srednji Evropi.

Seminarja se je udeležilo kakšnih 72 predstavnikov iz ravno toliko različnih organizacij. Večina teh organizacij ima uradno status društva in je ustanovljena po ustrezni zakonodaji. Nekaj organizacij ni imelo urejenega statusa zlasti zaradi neurejene zakonodaje in prehodnega obdobja raz-državljanja družbenih dejavnosti. To so predvsem tiste, ki delujejo znotraj vladnih organizacij, vendar bi jih lahko po vrsti karakteristik uvrstili v nevladne. Te značilnosti so zlasti neprofitnost, zagotavljanje sredstev za delo iz različnih virov financiranja, odgovornost na potrebe uporabnikov in še druge.

Na seminarju smo lahko srečali tako klasična društva, kot je Zveza prijateljev mladine, društva, ki so nastala iz zdravstvenih potreb članov (Društvo pljučnih bolnikov...), pa M'zin, Društvo podeželske mladine in Katoliške skavte. Z naštevanjem želim poudariti raznovrstnost organizacij, ki so bile navzoče in za katere bi lahko rekli, da na prvi pogled nimajo ničesar skupnega. Razlog, da so se zbrale na istem prostoru, je ravno njihova nevladnost, kar nam lahko hkrati pove kaj o zasnovi seminarja.

Seminar je zajemal znanja, ki so lahko uporabna za vse neprofitne organizacije in se nanašajo na organizacijo, status, pravno podlago delovanja in medsebojne odnose članov.

*Uvod v neprofitni sektor* je podal Lester Salomon, ki je direktor Inštituta za politične študije na John Hopkins University. Skušal je odgovoriti na naslednja vprašanja:

1. Kaj je neprofitni sektor in kakšne so posebne značilnosti organizacij, ki sestavljajo ta sektor?

2. Zakaj imamo neprofitni sektor in zakaj je potreben v tržnem sistemu?

3. Kakšni so različni tipi neprofitnih organizacij in kakšen je ta sektor v ZDA?

4. Kako se preživljajo neprofitne organizacije in kateri so viri financiranja?

5. Kateri so posebni izzivi vodenja neprofitne organizacije?

Delavnico "Učinkovito delo v malih skupinah" je vodil Richard V. Cook, ki ima v delu z neprofitnimi organizacijami že 25 let izkušenj. Poučeval je tudi skupnostno socialno delo na University of Maryland. Delavnico je vodil prek igre "Starpower", bistvo pa je v delitvi moči znotraj organizacije in participacije posameznih članov.

*Legalna in zakonska izhodišča za neprofitni sektor* je vodil Thomas Silk, ki ima priznano odvetniško pisarno v San Franciscu. Pisarna edina v ZDA zastopa samo neprofitne organizacije. Predstavil je zakonske okvire neprofitnega sektorja v ZDA na način študije primera.

Delavnico "Kako organizirati in voditi neprofitno organizacijo" je vodila Nicole Etchart, ki je vodja projekta "Tretji sektor" na John Hopkins University. Delavnica je bila namenjena zlasti pojasnitvi koncepta strateškega planiranja in sicer odgovarja na vprašanja kaj, kdo, kdaj, zakaj in kako strateško planirati. Na koncu delavnice so udeleženci premislili o poslanstvu svoje organizacije in napisali "izjavo o poslanstvu".

O *Pridobivanju finančnih sredstev* je govoril Richard V. Cook, odgovarjal pa je na taka vprašanja:

• Kaj pomeni pridobivati denar in zakaj ga pridobivati?

• Najtežje naloge pri pridobivanju denarja ali kako pripravimo organizacijo za pridobivanje denarja, kako pridobimo pravo vodstvo, kako izberemo prave metode zbiranja denarja, koga in kako bomo vprašali za denar, kako se zahvalimo donatorjem in jih vključimo v organizacijo in kako evaluiramo.

O *Vzpostavljanju etike neprofitnih organizacij* je govoril Thomas Silk, ki je predstavil etični kodeks. Izpostavil je naslednje vrednote, ki sestavljajo kodeks:

- spoštovanje ali podvrženost zakonom,
- zavezanost k javnemu dobremu,
- toleranca, različnost in socialna pravičnost,
- spoštovanje vrednosti in dostojanstva posameznika,
- odgovornost pred javnostjo,
- razumna ali preudarna poraba resursov,
- odprtost in poštenost in
- zavezanost samemu sebi.

Delavnico *Kako vplivati na vladno in javno mnenje* je vodila Carole J. Alexander, direktorica House of Ruth ali zavetišča za žrtve družinskega nasilja. Neprofitne organizacije imajo tradicijo "popravljanja krivic", ki se dogajajo ljudem, in imajo iz tega razloga pravico in dolžnost vplivati na vladno in javno mnenje. Posamezna organizacija bo vplivala na oboje, zlasti zato, da bo ustvarila zavedanje o tem, da obstaja, da bo spreminjala odnos, politiko, prakso in postopke, da bo izobraževala skupnost in ustanove, da bo usmerila sredstva v svojo organizacijo. Vplivala pa bo z organiziranjem konferenc, zagovorništvom, v medijih in z lobiranjem, izdajanjem novic, brošur in podobnega.

Delavnico *Oblikovati in delati z učinkovitim upravnim odborom* je vodila Jean Gerding, ki je ustanovila organizacijo za svetovanje neprofitnim organizacijam. Namen delavnice je bil, da bi udeleženci razumeli, zakaj je upravni odbor bistven del organizacije, spoznali nekaj tipičnih načinov organizacije upravnih odborov, da bi bili sposobni te lastnosti in usposobljenosti zahtevati od članov lastnega upravnega odbora, da bi bili pripravljeni izbrati ustrezne člane in vzpostaviti učinkovit upravni odbor. Upravni odbor je bistveni del organizacije, ker gradi njeno integriteto, pospešuje odnose s skupnostjo, pridobiva resurse, zagotavlja preživetje v prihodnosti in je konec koncev zahteva zakona.

Delavnico *Voditi in motivirati osebje* je vodila Nicole Etchart. Cilji so bili:

- razumeti koncept dobrega in učinkovitega vodenja,
- odkriti in oceniti, kaj nas motivira,
- predstaviti koncept situacijskega vodenja in kako ga vključiti v svojo organizacijo.

*Trženje nastajajoče neprofitne organizacije* je vodila Carole J. Alexander. Trženje je potreb-

no iz preprostega razloga - za preživetje. Sem ne sodijo le reklamiranje in odnosi z javnostjo, temveč vključuje raziskovanje, analizo potencialov, določanje kratkoročnih in dolgoročnih ciljev, prepričevanje javnosti, da tvoje usluge res potrebuje.

*Kako pridobivati in obdržati prostovoljce* je vodila Jean Gerding. Namen delavnice je bil:

- pridobiti znanje o prostovoljstvu v ZDA
- razumeti, kaj motivira prostovoljce,
- razumeti pomembnost in prednosti uporabe prostovoljcev,
- identificirati pravo nalogo in napisati opis dela za prostovoljca/ko,
- biti sposobni prepoznati potrebe prostovoljcev.

Položaju nevladnih organizacij v Sloveniji je bil posvečen plenarni razgovor na začetku seminarja, tema pa je bila zakonodaja, in sicer Zakon o društvih in Zakon o fondacijah. Izhodišča za razgovor so podali Zinka Kolarič, Ivan Svetlik, Vera Trstenjak in Vesna Čopič. Razprava je pokazala slab položaj, ki ga imajo društva pri nas, zlasti zaradi neustrezne zakonodaje, težavnega pridobivanja sredstev zaradi davčnega sistema, ki donatorjem ne priznava posebnih olajšav, in zaradi nepriznavanja tretjega sektorja kot enakovrednega prvima.

Na sklepnem plenumu so udeleženci seminarja podpisali skupno izjavo za javnost in sestavili odbor, ki bo skušal vplivati na zakonodajo in urejanje razmer za nevladne organizacije.

Seminar lahko uvrstimo med enega uspešnejših v zadnjem času, saj je bil intenziven, dobro organiziran in dovolj praktičen, da so znanja pri vsakdanjem delu uporabna. Kritika seminarja pa je bila, da so bila nekatera znanja preveč osnovna in da so izhajala izključno iz ameriške izkušnje. Skoraj nič nismo slišali o slovenski izkušnji, kar so nam organizatorke in predavateljice pojasnile z dejstvom, da ni zbranih podatkov in da so se raziskovalci pričeli zanimati za situacijo v tem sektorju šele v zadnjih letih. Rezultat take situacije je bila izražena potreba po krovni organizaciji, ki bi skrbela za raziskovanje, informiranje in pomoč pri ustanavljanju organizacij.

Vesna Leskošek

## Duševno zdravje, rasa in kultura

(Poročilo s konference Mental Health, Race and Culture na Univerzi Bristol, 6.-8. april 1994)

V vse bolj poudarjenem zanimanju za etnične razlike, mentalitete in kulturne specifičnosti v svetu, v katerem se kljub zadnjim mračnim incidentom vse redkeje srečujemo s ksenofobijo in zadrto samozadostnostjo, postaja vprašanje etnične pripadnosti in drugačnosti ključno vprašanje kvalitetne obravnave v socialnih in psihosocialnih službah. Kjer je včasih praksa iskala tisto, kar naj bi bilo značilno za "ljudi nasploh", in "enak pristop do vseh", nastajata danes teorija in praksa, ki poudarjata razlike in se učita nanje tudi odgovoriti. Pristop, ki temelji na prepričanju, da smo ljudje "enaki" in da potrebujemo enako obravnavo, ni le zastarel, temveč v očeh kritičnih analitikov v družbenih znanostih tudi prikrito seksističen in rasističen. Ne videti razlik ne kaže naše tolerantnosti do njih, prav nasprotno, kaže na naš strah pred njimi, na našo nestrpnost. Ne videti razlik pomeni namreč pristajati na diskurz tistega, ki dominira z avreolo samoumevnosti. Ta je navadno bel, iz srednjega razreda, govori jezik večine in se najraje znajde tam, kjer se zbirajo njemu podobni v enaki samoumevnosti. Veliko pa je ljudi, ki takega življenja ne morejo, ne znajo ali pa nočejo živeti. Konferenca se je ukvarjala zlasti s predsodki, ki so se v zgodovini socialnih in psihosocialnih dejavnosti nakopičili v teh službah, in z novimi pogledi na ravnanje z medkulturnimi razlikami. Glavne poudarke konference je mogoče strniti v naslednje:

1. Zgodovina razvoja psihiatričnega diagnosticiranja in ravnanja z drugačnostjo kaže na lastno zgodovinsko obremenjenost s predsodki, uperjenimi proti ljudem, ki ne pripadajo dominantni kulturi in niso beli. Tako se je v 18. stoletju verjelo, da črni ljudje ne morejo postati depresivni, ker ne nosijo tolikšne odgovornosti kot beli človek. Danes so v Veliki Britaniji in ZDA prav črni ljudje pogosteje kot belci z enakimi simptomi diagnosticirani s shizofrenijo. Ponekod po svetu še ni podrobnejših raziskav o etnocentrizmu v psihiatriji, toda to vendarle ne pomeni, da se tamkajšnja

psihiatrija ne srečuje s tem problemom. Na konferenci sta o zgodovini rasističnih predsodkov v psihiatriji razpravljala zlasti dva izmed najbolj znanih analitikov s področja duševnega zdravja, kulture in etničnih predsodkov, angleški psihiater in antropolog Ronald Littlewood in angleški psihiater indijskega porekla Suman Fernando.

2. Sodelujoči so na konferenci poudarili zahtevo po takih službah za duševno zdravje, ki bodo upoštevale razlike med pripadnicami in pripadniki različnih etničnih skupin ter spodbujale pomen mreže samopomoči, ki bi jo sestavljali pripadniki in pripadnice iste etnične skupine.

3. Angleški in nizozemski strokovnjaki s področja duševnega zdravja so znova poudarili pomen posebnega izobraževanja za učenje medkulturnih razlik, kjer bi se strokovnjak in strokovnjakinja soočala z lastnimi stereotipi o kulturnih razlikah. Nizozemski psihiater in raziskovalec Joop de Jong je v svojem sporočilu poudaril, da se Nizozemska že odloča o tem, da vpelje obvezno dodatno izobraževanje o medkulturnih razlikah za vse ljudi v skrbstvenih in zdravstvenih poklicih. Angležinja indijskega porekla, psihiatrinja Parimala Moodley pa je poudarila pomen izobraževanja psihiatrov za senzitivnejši pristop do pripadnic in pripadnikov drugih kultur in ras.

4. Nekaj sodelujočih je posebej poudarilo pomen kvalitetnega dela z begunci, ki imajo številne probleme z duševnim zdravjem in ki poleg kulturne izgube doživljajo številne diskriminacije v gostujočih deželah.

5. Raziskave duševnega zdravja v različnih etničnih skupinah v Evropi so pokazale, da imajo praviloma imigranti povsod po svetu več težav z duševnim zdravjem kot drugi ljudje. To je pogosto povezano z kulturno izkoreninjenostjo, asimilacijskimi pritiski in rasističnim odnosom večinske kulture (tudi psihosocialnih služb) do manjšin, pa tudi s socialnim položajem, ki mnoge od njih uvršča med delavske in druge nižje socialne sloje.

6. Upoštevanje različnih kultur in ras zahteva tudi razvijanje terapevtskih pristopov, ki bodo kulturno specifični. V preteklosti je veljalo prepričanje, da imajo pripadniki etničnih manjšin manj težav z duševnim zdravjem kot pripadniki etnične večine, saj so prvi redkeje prišli po pomoč v službe za duševno zdravje. V resnici pa je bil njihov redki obisk posledica dejstva, da psihosocialne službe niso odgovarjale na njihove potrebe. Črni človek v dominantni kulturi je moral iskati pomoč pri belem psihiatru, sedeti v čakalnici, kjer so bile na stenah podobe belih ljudi, in govoriti jezik dominantne kulture, ki je spregledala simbolni sistem prizadetega človeka. Pomoč, ki naj bi zmanjšala stresne dejavnike, ni bila taka, da bi se njegovo počutje izboljšalo. Na to je v odličnem referatu opozorila zlasti črna angleška psihoterapevtka Sonia Francis iz Londona, ki je poudarila pomen črnih psihoterapevtk in psihoterapevtov za ljudi, ki so črne barve. Omeniti velja njeno trditev, da je biti črn/črna in se odločiti za psihoterapijo že samo po sebi politično dejanje, saj prebija nezavedno prepričanje, da črni ljudje čutijo manj kot beli, da jih ni mogoče obravnavati v okviru tradicionalne zahodne psihoterapevtske prakse in da črnim ljudem pravzaprav sme iti slabo. Povedano drugače, kvalitetna psihosocialna služba mora med osebje vključiti pripadnike in pripadnice manjšinskih kultur, ki bodo odstranili jezikovne pregrade, sprejeli vlogo kulturnih mediatorjev, same službe pa morajo delovati v smeri preseganja medkulturnih segregacij.

Slovenske razmere, strnjene v razmišljanju o kulturnih značilnostih slovenskih služb za duševno zdravje in pomenu ohranjanja kulturnih specifik, sva predstavila Vito Flaker in Darja Zaviršek. V predstavitvi sva poudarila pomen take implementacije principov kvalitetne prakse iz zahodnih držav na področju duševnega zdravja, ki bodo upoštevale etnične značilnosti slovenskega srednjeevropskega kulturnega prostora. Srednjeevropska mentaliteta, ki je spoj tradicionalizma in razvijajočega se individualizma, ima tako svoje lastne načine za ravnanje v stiski kot svoje lastne oblike samopomoči in institucionalne pomoči. Analiza kulturne specifikke tega evropskega prostora lahko šele omogoči kvalitetno načrtovanje novih psihosocialnih služb. Kajti, kot sva zapisala v uvodnih tezah, "tuje izkušnje niso pomembne zato, da jih jemljemo kot priročnik 'kako kaj narediti', temveč zato, da se pred nami razgrnejo vizije, v katerih zagledamo nove možnosti. To so dejanske priče, da je nekaj takega mogoče, da obstaja in preživi".

Če nočemo spregledati realnosti vsakdanjega življenja, v katerem živimo, in če nočemo zaostajati za demokratičnimi tokovi, ki vplivajo na novosti v duševnem zdravju in na kvalitetno delo z ljudmi, ki imajo težave z duševnim zdravjem, moramo razmišljati o tem, da podobno konferenco organiziramo v Sloveniji ter v širšem prostoru Alpe-Jadran.

**Darja Zaviršek**



# Vprašalnik za nove socialne dejavnosti v Sloveniji

*Nadaljujemo predstavitev novejših služb oz. dejavnosti s področja socialnega dela. Vabimo tudi druge izvajalce podobnih dejavnosti (ustanovljenih leta 1990 ali kasneje), da sodelujejo v anketi, če sodijo, da je njihovo delo kakršnakoli novost na področju (psih)socialnih služb.*

*Prispevkov v tej nabriki ne lektoriramo. Priloge, ki niso zastavljene kot (zgoščen) odgovor na vprašanje, podvprašanje ali dodatno vprašanje, izpuščamo. Kjer na vprašanje ni odgovora, ga ni v izvirniku.*

8

1. Ime in naslov ustanove

CSD Škofja Loka

2. Ime in naslov (če se razlikuje) službe oz. dejavnosti

Skupine starih za samopomoč

3. Delovni čas (kdaaj je služba na razpolago uporabnikom)

Uporabnikom je dejavnost na razpolago vsak teden ob sestankih skupine.

4. Kakšne vrste storitev oz. uslug zagotavlja navedena služba?5. Katerih temeljnih načel se držite pri delu z uporabniki?

Delo v skupini je svetovalno naravnano za vzpostavljanje boljših medsebojnih odnosov.

5. Katerih temeljnih načel se držite pri delu z uporabniki?

Prostovoljnost, zaupanje, medsebojna pomoč itd.

6. V čem je posebnost te službe oz. dejavnosti - v čem se po vašem mnenju (najbolj) razlikuje od drugih služb oz. dejavnosti s tega področja?

Delo v skupini je dopolnitev obravnave starostnikov na centru. Cilj tega dela v skupini je zmanjševati bivanjsko praznino in osamljenost starostnikov v domu oziroma v domačem okolju in jim omogočiti večji stik tudi s srednjo, predvsem pa z mlajšo generacijo.

7. Kdo je formalni ustanovitelj vaše ustanove?

Republika

7.a. Kdo je dal pobudo za to službo oz. dejavnost?

8. Izvajalci storitev oz. uslug, ki jih nudi služba oz. dejavnost

8.a. Profili

8.a.1. Redno zaposlenih (številu?)

1 in 2

8.a.2. Prostovoljcev (številu?)

3

8.a.3. Pogodbениh/zunanjih sodel. (številu?)

9. Uporabniki storitev oz. uslug

9.a. Koliko jih je?

od 50 do 56

9.b. Kdo prihaja k vam?

Starostniki in invalidi

9.c. S kakšnimi razlogi se obračajo na vas; kakšne vrste problemov imajo?

Osamljenost

9.d. Način napotitve (pridejo samoiniciativno, so napoteni od drugod)?

Samoiniciativno na osnovi predhodnega seznanjanja z namenom dela teh skupin.

9.e. Socialni status in spol (če imate te podatke zbrane)?

Oskrbovanci doma starih, največ upokoјencev in večina ženske

9.f. Številu in frekventnost (številu obiskov na dan, mesec ali leto; šte. enkratnih in večkratnih obravnav)

Skupine potekajo enkrat tedensko po dve uri

10. Financiranje

10.a. Kdo zagotavlja sredstva? (Ustanovitelj, uporabniki, državni, mestni, občinski organ?)

Ustanovitelj, Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, Center slepih

10.b. Kako? (Sponzorji, donacije... Posamezen vir v celoti ali v kombinaciji...?)

Z letnim plačilom programa

11. Kdo izvaja nadzor nad službo ali dejavnostjo?

11.a. Formalno

Voditelji projekta skupin starih za samopomoč: Jože Ramovš, Tone Kladnik, Branka Knific

11.b. Neformalno

Uporabniki

12. Kateri so največji problemi, s katerimi se srečujete v svoji ustanovi?

Največji problem je pridobivanje prostovoljcev za delo v skupinah

13. Ali se imajo uporabniki pri vas možnost pritožiti zaradi storitev oz. uslug?

**Da**

13.a. Kakšen je postopek?

**Kot določa Zakon o socialnem varstvu.**

13.b. Se vam je to že zgodilo? Opišite na kratko, prosim, za kaj je šlo.

**Pritožb še ni bilo.**

14. Kakšne metode, pristope, teorije uporabljate oz. iz kakšnih izhodišč izhajate pri svojem delu?

**Pri svojem delu uporabljam spoznanje realitetne terapije.**

15. S katerimi ustanovami (ali zunanji strokovnjaki) največ sodelujete in v kakšni zvezi?

**Center slepih Škofja Loka, ker skupine potekajo v njihovi ustanovi.**

16. Podatki o uporabnikih

16.a. Katere podatke zbirate?

**Osnovne podatke, dnevnik o delu skupine**

16.b. Kako jih hranite in obdelujete?

**Pri vodji skupine**

16.c. Komu in v kakšni obliki so na razpolago?

**Samo za izobraževanje vodij skupin**

17. Kakšni so načrti za nadaljni razvoj vaše ustanove?

**Razširitev mreže skupin starih za samopomoč, povezava le-teh z drugimi terapevtskimi skupinami.**

18. Poznate v okolici kakšno novo službo, dejavnost, storitev, ki se vam zdi pomembna ali zanimiva novost na področju psihosocialne prakse?

**Skupina mladih in skupina za zdravo življenje, ki jih na našem centru vodi mag. Perko Andrej - psiholog, in drugi preventivni programi na našem Centru.**

Kontaktna oseba, tel. št.

**Kontaktna oseba: Minka Demšar, CSD Škofja Loka, 064 621071**

## 9

1. Ime in naslov ustanove

**Center za socialno delo Koper.**

2. Ime in naslov (če se razlikuje) službe oz. dejavnosti

**Skupina za zdravo življenje in dobre medčloveške odnose.**

3. Delovni čas (kdaj je služba na razpolago uporabnikom)

**Sreda od 15. do 17., petek od 16.30 do 18.30, nedelja od 8.30 do 10.30, zadnja sobota v mesecu od 15.30 do 18.30, drugi vikend v mesecu - sobota od 7. do 18.**

4. Kakšne vrste storitev oz. uslug zagotavlja navedena služba?

**Učenje zdravega načina življenja, dobrih medčloveških odnosov, pogovor, informiranje, športne aktivnosti, skrb za stare ljudi, uvajanje v prostovoljno delo.**

5. Katerih temeljnih načel se držite pri delu z uporabniki?

**- načelo zaupanja, - načelo samoodločbe, - načelo aktivne udeležbe udeležencev v programu, - načelo solidarnosti, - načelo samopomoči**

6. V čem je posebnost te službe oz. dejavnosti - v čem se po vašem mnenju (najbolj) razlikuje od drugih služb oz. dejavnosti s tega področja?

**Dejavnosti potekajo v prostem času mladih. Preko dejavnosti ustvarjamo vzdušje sprejetosti, ki mladim omogoča, da se počutijo enakopravne in imajo možnost spregovoriti o svojih stiskah. Voditelji skupin učimo in vzgajamo predvsem z lastnim vzgledom. Vsi smo nekadilci in učimo se zdravega odnosa do alkohola in drugih možnih oblik zasvojenosti (debelost, TV, potrošništvo, ostale droge...)**

7. Kdo je formalni ustanovitelj vaše ustanove?

**Center za socialno delo Koper**

7.a. Kdo je dal pobudo za to službo oz. dejavnost?

**Kladnik Tone, dipl. soc. delavec, Center za socialno delo Koper.**

8. Izvajalci storitev oz. uslug, ki jih nudi služba oz. dejavnost

8.a. Profili

8.a.1. Redno zaposlenih (število?)

**Eden**

8.a.2. Prostovoljcev (število?)

**20 srednješolcev**

8.a.3. Pogodbениh/zunanjih sodel. (število?)

**Eden**

## VPRAŠALNIK

9. Uporabniki storitev oz. uslug

9.a. Koliko jih je?

3. 1

9.b. Kdo prihaja k vam?

Mladi v starosti od 12 do 22 let; otroci iz alkoholičnih družin, otroci brez staršev, iz razvezanih družin, iz rejniških družin, otroci katerih starši so duševni bolniki ter prostovoljci.

9.c. S kakšnimi razlogi se obračajo na vas; kakšne vrste problemov imajo?

Življenjska dezorientacija, brezcilnost, šolska neuspešnost, avtoagresivnost, zagrenjenost.

9.d. Način napotitve (pridejo samoiniciativno, so napoteni od drugod)?

Pridejo samoiniciativno. Pripeljejo jih prijatelji iz skupine. Ob predstavitvah dela skupin na šolah se za sodelovanje odločajo sami.

9.e. Socialni status in spol (če imate te podatke zbrane)?

Pretežno iz materialno slabše situiranih družin. Skupine so mešane, z več kot polovico deklet.

9.f. Število in frekventnost (število obiskov na dan, mesec ali leto; štev. enkratnih in večkratnih obravnav)

- Individualna priprava na vključitev - predstavitev programa (eno srečanje). - Vsako sredo sestanek matične skupine. - Vsak petek prostovoljno delo na negovalnem oddelku DU Izola. - Vsako nedeljo tek na 7 km progi v Luciji. - Drugi vikend v mesecu - planinski pohod. - Drugi petek v mesecu - medgeneracijske skupine skupaj s stanovalci DU Izola. - Zadnja sobota v mesecu - skupno srečanje vseh skupin. - 3x letno - planinski tabori. - 6x letno - ogled gledaliških predstav. - 3x letno - srečanje z zanimivimi posamezniki ali kulturnimi delavci. - 7x letno - mednarodne tekaške prireditve.

10. Financiranje

10.a. Kdo zagotavlja sredstva? (Ustanovitelj, uporabniki, državni, mestni, občinski organ?)

Sredstva zagotavljamo iz različnih virov:

10.b. Kako? (Sponzorji, donacije... Posamezen vir v celoti ali v kombinaciji...?)

- Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, - Skupščina občine Koper, - Zavarovalna družba Adriatic, - različne delovne organizacije - v hrani in storitvah

11. Kdo izvaja nadzor nad službo ali dejavnostjo?

11.a. Formalno

Center za socialno delo Koper, Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, Koordinacija za boj proti zasvojenosti občine Koper

11.b. Neformalno

Supervizija dr. J. Ramovša, Društvo terapevtov za alkoholizem Slovenije, Socialni forum za zasvojenosti in omamo - sekcija za alkoholizem in sekcija za narkomanijo

12. Kateri so največji problemi, s katerimi se srečujete v svoji ustanovi?

Prostor za srečevanje. Zagotavljanje sredstev.

13. Ali se imajo uporabniki pri vas možnost pritožiti zaradi storitev oz. uslug?

13.a. Kakšen je postopek?

13.b. Se vam je to že zgodilo? Opišite na kratko, prosim, za kaj je šlo.

Uporabniki se vključujejo v program kot svobodni ljudje. Kadarkoli želijo, lahko prenehajo s sodelovanjem. Pritožb doslej nismo imeli. Vsaka pritožba bi bila gotovo priložnost, da razlog za nezadovoljstvo iščemo pri sebi.

14. Kakšne metode, pristope, teorije uporabljate oz. iz kakšnih izhodišč izhajate pri svojem delu?

- Socialno andragoška metoda urejanja ljudi v stiski. - Realitetna terapija. - Logoterapija. - Individualno delo. - Skupinsko delo.

15. S katerimi ustanovami (ali zunanjimi strokovnjaki) največ sodelujete in v kakšni zvezi?

- Društvo terapevtov za alkoholizem Slovenije - dr. J. Ramovš. - Socialni forum za zasvojenosti in omamo - dr. J. Ramovš.

16. Podatki o uporabnikih

16.a. Katere podatke zbirate?

16.b. Kako jih hranite in obdelujete?

16.c. Komu in v kakšni obliki so na razpolago?

Ne zbiramo nobene posebne dokumentacije. Pisni izdelki članov skupin imajo zaupen značaj. So v rokah voditeljev. Na željo članov jim jih vrnemo.

17. Kakšni so načrti za nadaljni razvoj vaše ustanove?

Ustanovitev Združenja za kvalitetno življenje in skladen osebni razvoj mladih. Le-to naj bi s svojimi programi enakopravno konkuriralo - izven institucij, za delo na področju preventivnega dela z mladimi.

18. Poznate v okolici kakšno novo službo, dejavnost, storitev, ki se vam zdi pomembna ali zanimiva novost na področju psihosocialne prakse?

Kontaktna oseba, tel. št.

Töne Kladnik

1. Ime in naslov ustanove

**Center za socialno delo Koper**

2. Ime in naslov (če se razlikuje) službe oz. dejavnosti

**Skupine starih za samopomoč.**

3. Delovni čas (kdaj je služba na razpolago uporabnikom)

- Vsak ponedeljek od 9.30 do 10.30 v Domu upokojencev Izola. - Vsak torek od 17. do 19. v vrtcu Prisoje. - Vsako drugo sredo od 16. do 17.30 pri Karitas Koper. - Vsak četrtek od 9. do 11. v Domu upokojencev Izola.

4. Kakšne vrste storitev oz. uslug zagotavlja navedena služba?

Druženje starih ljudi, ustvarjanje vzdušja sprejetosti; možnosti navezovanja stikov; ustvarjanje nekrajevnega sosedstva; osmislitev življenja v starosti.

5. katerih temeljnih načel se držite pri delu z uporabniki?

- načelo zaupanja, - načelo samoodločbe, - načelo aktivne udeležbe udeležencev v programu, - načelo solidarnosti, - načelo samopomoči

6. V čem je posebnost te službe oz. dejavnosti - v čem se po vašem mnenju (najbolj) razlikuje od drugih služb oz. dejavnosti s tega področja?

Od uradnih institucij se razlikuje v tem, da resnično odgovarja na potrebe starega človeka. Naš pristop k staremu človeku temelji na personalizmu. Vsi smo enakopravni udeleženci v dejavnostih. Meja med dajanjem in sprejemanjem je nejasna, zabrisana. Velikanski potencial so izkušnje posameznikov o uspešno rešeni lastni stiski. Teh izkušenj stroka ne premore, so pa neprecenljive pri reševanju človekovih težav.

7. Kdo je formalni ustanovitelj vaše ustanove?

**Center za socialno delo Koper.**

7.a. Kdo je dal pobudo za to službo oz. dejavnost?

**Kladnik Tone, dipl. soc. delavec**

8. Izvajalci storitev oz. uslug, ki jih nudi služba oz. dejavnost

8.a. Profili

**Socialni delavci**

8.a.1. Redno zaposlenih (število?)

**Eden**

8.a.2. Prostovoljcev (število?)

**-**

8.a.3. Pogodbenih/zunanjih sodel. (število?)

**Sedem - prostovoljci**

9. Uporabniki storitev oz. uslug

9.a. Koliko jih je?

**96**

9.b. Kdo prihaja k vam?

**Stari - v zunanjih skupinah pretežno ženske-vdove; zaradi osamljenosti, izrinjenosti na rob dogajanja v družbi; duševni bolniki; stanovalci Doma upokojencev Izola.**

9.c. S kakšnimi razlogi se obračajo na vas; kakšne vrste problemov imajo?

**Prihajajo zaradi osamljenosti, neperspektivnosti in socialnega vegetiranja v starosti.**

9.d. Način napotitve (pridejo samoiniciativno, so napoteni od drugod)?

**Samoiniciativno; pripeljejo jih znanci iz skupin; novosprejeti v Dom upokojencev.**

9.e. Socialni status in spol (če imate te podatke zbrane)?

**Upokojenci, v zunanjih skupinah predvsem vdove ter stanovalci doma upokojencev.**

9.f. Število in frekventnost (število obiskov na dan, mesec ali leto; štev. enkratnih in večkratnih obravnav)

- Vsak ponedeljek od 9.30 do 10.30 v DU Izola. - Vsak torek od 17. do 19. v vrtcu Prisoje. - Vsako drugo sredo od 16. do 17.30 pri Karitas Koper. - 2x letno izlet z ogledom kulturnih znamenitosti kraja. - 6x letno ogled gledaliških predstav - abonma gledališča v Kopru. - 3x letno srečanje z gostom - zanimivim posameznikom ali kulturnim delavcem. - Praznovanje pomembnih praznikov: - Novo leto, - Dan žena, - obletnica delovanja skupine, - rojstni dnevi članov skupin, - pustovanje, - martinovanje, - miklavževanje

10. Financiranje

10.a. Kdo zagotavlja sredstva? (Ustanovitelj, uporniki, državni, mestni, občinski organ?)

10.b. Kako? (Sponsorji, donacije... Posamezen vir v celoti ali v kombinaciji...?)

**Sredstva zagotavljamo iz različnih virov: - 50.000 SIT od Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve, - 35.000 SIT od SO Koper, - delno od uporabnikov - pri pripravah zakusk ob praznovanjih**



## VPRAŠALNIK

11. Kdo izvaja nadzor nad službo ali dejavnostjo?

11.a. Formalno

Formalni nadzor: - Center za socialno delo Koper, - Dom upokoencev Izola, - Karitas Koper

11.b. Neformalno

Neformalni nadzor: - Združenje za socialno gerontologijo in gerontagogiko Slovenije, - Inštitut za psihologijo, logoterapijo in antropohigieno

12. Kateri so največji problemi, s katerimi se srečujete v svoji ustanovi?

Finančni problemi; denarno nadomestilo zunanjim sodelavcem; formalni ustanovitelji nas ne sprejemajo kot enakopravne sodelavce.

13. Ali se imajo uporabniki pri vas možnost pritožiti zaradi storitev oz. uslug?

13.a. Kakšen je postopek?

13.b. Se vam je to že zgodilo? Opišite na kratko, prosim, za kaj je šlo.

Ker je sodelovanje v programu izrazito prostovoljno in temelji na samoodločbi vsakega udeleženca, doslej nismo imeli pritožb. Če se kdo z delom ni strinjal, smo se prijateljsko razšli.

14. Kakšne metode, pristope, teorije uporabljate oz. iz kakšnih izhodišč izhajate pri svojem delu?

- Socialno-andragoška metoda urejanja ljudi v stiski - personalistični pristop, - Logoterapija, - Skupinsko delo

15. S katerimi ustanovami (ali zunanjimi strokovnjaki) največ sodelujete in v kakšni zvezi?

Združenje za socialno gerontologijo in gerontagogiko Slovenije (dr. Jože Ramovš)

16. Podatki o uporabnikih

16.a. Katere podatke zbirate?

16.b. Kako jih hranite in obdelujete?

16.c. Komu in v kakšni obliki so na razpolago?

Ne zbiramo nobenih podatkov. Za delo in njegov prikaz je pomembno številčno stanje in opravljene aktivnosti.

17. Kakšni so načrti za nadaljni razvoj vaše ustanove?

Zaradi izredno velikih potreb na tem področju načrtujemo širjenje podobnih oblik dela ter usposabljanje kadra za delo v skupinah starih za samopomoč.

18. Poznate v okolici kakšno novo službo, dejavnost, storitev, ki se vam zdi pomembna ali zanimiva novost na področju psihosocialne prakse?

Kontaktna oseba, tel. št.

Tone Kladnik

## 11

1. Ime in naslov ustanove

Center za socialno delo Ljubljana Bežigrad.

2. Ime in naslov (če se razlikuje) službe oz. dejavnosti

Pomoč starejšim v KS Savsko naselje (mentorici socialna delavka CSD Žonta Ivica, Belokranjska 6, socialna delavka OŠ Boris Kidrič Virk Jožica, Matjaževa ul.).

3. Delovni čas (kdaj je služba na razpolago uporabnikom)

Delovni čas - dejavnost se odvija v obliki krožka, enkrat tedensko, v trajanju 60 minut, konkretna pomoč starostnikom pa po posamičnem dogovoru.

4. Kakšne vrste storitev oz. uslug zagotavlja navedena služba?

Dejavnost zagotavlja oz. nudi pomoč starejšim s strani šolskih otrok, vključenim v skupini in sicer: - pomoč pri prinašanju kosila iz šole (dnevno), - pomoč pri prinašanju živil iz trgovine, - pomoč pri prinašanju knjig iz knjižnice, - družabništvo..., - pomoč mladostnikom pri odraščanju.

5. Katerih temeljnih načel se držite pri delu z uporabniki?

Ker konkretno pomoč nudijo otroci, je potrebno delo tako z otroci, kot s starostniki, ki jim pomoč nudijo: - zanesljivost in odgovornost, - zaupanje, - spoštovanje, - prijateljstvo.

6. V čem je posebnost te službe oz. dejavnosti - v čem se po vašem mnenju (najbolj) razlikuje od drugih služb oz. dejavnosti s tega področja?

Značilnost dejavnosti je pomoč nudena s strani otrok, povezovanje in ustvarjanje stikov med generacijami (otroci - starejši).

7. Kdo je formalni ustanovitelj vaše ustanove?

Formalni ustanovitelj - CSD Ljubljana Bežigrad, OŠ Boris Kidrič.

7.a. Kdo je dal pobudo za to službo oz. dejavnost?

Pobuda za nastanek dejavnosti je prišla iz konkretne potrebe po dnevni pomoči starostnikom pri njihovih drobnih opravilih.

8. Izvajalci storitev oz. uslug, ki jih nudi služba oz. dejavnost

8.a. Profili

8.a. Skupino sestavljajo učenci in učenke OŠ Borisa Kidriča, od petega do osmega razreda.

8.a.1. Redno zaposlenih (število?)

- /.

8.a.2. Prostovoljcev (število?)

povprečno 20 otrok.

8.a.3. Pogodbenih/zunanjih sodel. (število?)

skupino vodita mentorici, občasno vstopajo vanjo zunanji sodelavci kot gostje za predstavitev tematike oz. dejavnosti.

9. Uporabniki storitev oz. uslug

starostniki v KS Savsko naselje.

9.a. Koliko jih je?

Deset.

9.b. Kdo prihaja k vam?

Starostniki se za dejavnost zanimajo bodisi po telefonu oz. v osebnem stiku. Gre za ljudi, ki potrebujejo pomoč.

9.c. S kakšnimi razlogi se obračajo na vas; kakšne vrste problemov imajo?

Običajno se obrnejo po pomoč starostniki oz. njihovi svoji v zvezi s problemi, ki starostniku otežujejo samostojno bivanje v domačem okolju (potreba po prinašanju hrane - zaradi zdravstvenih težav ne morejo več sami kuhati, niso varni pri hoji oz. ne zmorejo nositi teže...).

9.d. Način napotitve (pridejo samoinicijativno, so napoteni od drugod)?

Skupina se starostnikom predstavi s pobudo v pisni obliki (plakati na vidnih mestih v KS, osebna tiskana obvestila) in obiski starejših nad 80 let npr. ob novem letu.

9.e. Socialni status in spol (če imate te podatke zbrane)?

vsi uporabniki so upokojenici, od tega 8 žensk in 2 moška, starost nad 70 let 7, nad 80 3.

9.f. Število in frekventnost (število obiskov na dan, mesec ali leto; štev. enkratnih in večkratnih obravnav)

Število in frekventnost: - prinašanje kosil, vsak dan, - prinašanje živil iz trgovine - po dogovoru, pov. 2 x tedensko, - prinašanje knjig iz knjižnice - 1 x na štirinajst dni, - drobna pomoč v gospodinjstvu - 1 x tedensko

10. Financiranje

10.a. Kdo zagotavlja sredstva? (Ustanovitelj, uporabniki, državni, mestni, občinski organ?)

- Ministrstvo za delo, družino in socialno varstvo, - Ministrstvo za šolstvo

10.b. Kako? (Sponsorji, donacije... Posamezen vir v celoti ali v kombinaciji...?)

V obliki plačila oz. nakupa osnovnih materialnih pripomočkov, plačila stroškov zaključnega izleta za otroke, plačilo mentoric, prostori, čiščenje. Sponsorji - v obliki pogostitve ob raznih priložnostih (npr. ob novem letu).

11. Kdo izvaja nadzor nad službo ali dejavnostjo?

11.a. Formalno

Financer - redno letno poročilo. Obe mentorici se v okviru rednih ur z otroci pogovoriva o konkretni nudeni pomoči, o težavah, s katerimi se pri tem srečujejo. Obiski starostnikov, ki jim je nudena pomoč.

11.b. Neformalno

Neformalno - stalni stiki tako z otroci kot starostniki.

12. Kateri so največji problemi, s katerimi se srečujete v svoji ustanovi?

- Otroci bi želeli nuditi pomoč še več starejšim ljudem. Starostnik se za pomoč odloči, ko dejansko sam ne zmore več opravljati pomembnih življenjskih funkcij. - Problem časa oz. dodatna obremenitev mentoric kot tudi otrok.

13. Ali se imajo uporabniki pri vas možnost pritožiti zaradi storitev oz. uslug?

13.a. Kakšen je postopek?

Starostnik lahko pokliče tako na KS kot na šolo, če s konkretno pomočjo ni zadovoljen.

13.b. Se vam je to že zgodilo? Opišite na kratko, prosim, za kaj je šlo.

Posebni pritožbi ni bilo. Izkušnje kažejo, da je pomemben osebni stik socialnega delavca s starostnikom ter priprava na pomoč tako starostnika kot otroka, ki bo pomoč nudil. Izkušnje kažejo, da je pomoč otrok ob stalnem spremljanju zanesljiva. Prišlo je do klicev, če je otrok slučajno izostal oz. je moral starostnik iznenada kam oditi, predvsem s pripombami glede kvalitete ter sestava jedilnika.

zadeve, - 35.000 SIT od SO Koper, - delno od uporabnikov - pri pripravah zakusk ob praznovanju

## VPRAŠALNIK

14. Kakšne metode, pristope, teorije uporabljate oz. iz kakšnih izhodišč izhajate pri svojem delu?

Pri izvajanju dejavnosti izhajamo tako iz individualnega, skupinskega in skupnostnega, prostovoljnega kot raziskovalnega socialnega dela.

15. S katerimi ustanovami (ali zunanjimi strokovnjaki) največ sodelujete in v kakšni zvezi?

Gre za tesno povezavo CSD z OŠ, sodelovanje s patronažno službo, DU ter ZB v KS, ob raziskovalni nalogi tudi z VSŠD.

16. Podatki o uporabnikih

16.a. Katere podatke zbirate?

Podatki o otrocih - priimek in ime, razred, naslov, komu nudi pomoč. Podatki o starostnikih - priimek in ime, roj. podatki, naslov, kakšno pomoč potrebuje, kdo pomoč nudi, od kdaj, frekventnost.

16.b. Kako jih hranite in obdelujete?

Redno vodenje evidence prisotnih otrok, vodenje podatkov o nudeni pomoči. V letu 1989/90 so tri učence opravile raziskovalno nalogo z naslovom Kako so starostniki zadovoljni s pomočjo otrok.

16.c. Komu in v kakšni obliki so na razpolago?

Podatki so samo za interno uporabo v smislu preglednosti oz. evidence za sprotno vodenje ter pregled dejavnosti.

17. Kakšni so načrti za nadaljni razvoj vaše ustanove?

Izpolnitev plana oz. nalog za šol. leto 1993/94.

18. Poznate v okolici kakšno novo službo, dejavnost, storitev, ki se vam zdi pomembna ali zanimiva novost na področju psihosocialne prakse?

Kontaktna oseba, tel. št.

Socialna delavka: Žonta Ivica

## 12

1. Ime in naslov ustanove

Center za socialno delo Ljubljana Bežigrad, Podmilščakova 24

2. Ime in naslov (če se razlikuje) službe oz. dejavnosti

Skupina za samopomoč in širjenje mreže - ustanovljena leta 1990

3. Delovni čas (kdaj je služba na razpolago uporabnikom)

vsak delovni dan od 8 ure do 15 ure in v ponedeljek ter sredo

4. Kakšne vrste storitev oz. uslug zagotavlja navedena služba?

Skupina je namenjena ženskam v stiski s ciljem, da spremenijo dosedanje vedenje, s tem pa bolje zadovoljujejo svoje potrebe, predidejo iz negativnega čustvovanja v pozitivno, utrjujejo samospoštovanje, spodbujajo odprto direktno komunikacijo, razvijajo osebne potenciale.

5. Katerih temeljnih načel se držite pri delu z uporabniki?

etika socialnega dela

6. V čem je posebnost te službe oz. dejavnosti - v čem se po vašem mnenju (najbolj) razlikuje od drugih služb oz. dejavnosti s tega področja?

metoda skupinskega socialnega dela po principih realitetne terapije in kontrolne teorije

7. Kdo je formalni ustanovitelj vaše ustanove?

Center za socialno delo Ljubljana Bežigrad

7.a. Kdo je dal pobudo za to službo oz. dejavnost?

socialni delavki Centra

8. Izvajalci storitev oz. uslug, ki jih nudi služba oz. dejavnost

8.a. Profili

socialni delavki

8.a.1. Redno zaposlenih (število?)

2

8.a.2. Prostovoljcev (število?)

1

8.a.3. Pogodbenih/zunanjih sodel. (število?)

-

9. Uporabniki storitev oz. uslug

ženske v stiski

9.a. Koliko jih je?

13

9.b. Kdo prihaja k vam?

ženske s področja alkoholizma, razvez in ogroženih družin

9.c. S kakšnimi razlogi se obračajo na vas; kakšne vrste problemov imajo?

**problemi, ki izvirajo iz nerazrešenega partnerskega odnosa, ki je lahko povezan s prekomernim pitjem partnerja, med razveznim postopkom ali pa po razvezi ali razpadu izvenzakonske skupnosti**

9.d. Način napotitve (pridejo samoiniciativno, so napoteni od drugod)?

**samoiniciativno, napotene od drugod**

9.e. Socialni status in spol (če imate te podatke zbrane)?

**poročene, razvezane, samske od starosti 30 do 50 let**

9.f. Število in frekventnost (število obiskov na dan, mesec ali leto; štev. enkratnih in večkratnih obravnav)

**enkrat tedensko, čas trajanja 1 leto**

10. Financiranje

10.a. Kdo zagotavlja sredstva? (Ustanovitelj, uporabniki, državni, mestni, občinski organ?)

**ustanovitelj ter materialne stroške Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve**

10.b. Kako? (Sponzorji, donacije... Posamezen vir v celoti ali v kombinaciji...?)

11. Kdo izvaja nadzor nad službo ali dejavnostjo?

11.a. Formalno

**aformalno**

11.b. Neformalno

12. Kateri so največji problemi, s katerimi se srečujete v svoji ustanovi?

**projekt je še v eksperimentalni fazi**

13. Ali se imajo uporabniki pri vas možnost pritožiti zaradi storitev oz. uslug?

**da**

13.a. Kakšen je postopek?

**pisna ali ustna pritožba**

13.b. Se vam je to že zgodilo? Opišite na kratko, prosim, za kaj je šlo.

**ne**

14. Kakšne metode, pristope, teorije uporabljate oz. iz kakšnih izhodišč izhajate pri svojem delu?

**uporaba principov realitetne terapije in kontrolne teorije v grupnem delu**

15. S katerimi ustanovami (ali zunanjimi strokovnjaki) največ sodelujete in v kakšni zvezi?

**z ostalimi Centri za socialno delo v Ljubljani, VŠSD**

16. Podatki o uporabnikih

16.a. Katere podatke zbirate?

**socialna anamneza, anketni list**

16.b. Kako jih hranite in obdelujete?

**spisovna dokumentacija**

16.c. Komu in v kakšni obliki so na razpolago?

**do sedaj niso na razpolago, vodeni so bili le intervjuji s članicami za uporabo v diplomski nalogi**

17. Kakšni so načrti za nadaljni razvoj vaše ustanove?

**širjenje mreže skupin za samopomoč**

18. Poznate v okolici kakšno novo službo, dejavnost, storitev, ki se vam zdi pomembna ali zanimiva novost na področju psihosocialne prakse?

Kontaktna oseba, tel. št.

**Breda Golob, Irena Majzelj**

1. Ime in naslov ustanove

**CSD Ajdovščina**

2. Ime in naslov (če se razlikuje) službe oz. dejavnosti

**Skupine starih za samopomoč**

3. Delovni čas (kdaj je služba na razpolago uporabnikom)

**Enkrat tedensko po dve uri**

4. Kakšne vrste storitev oz. uslug zagotavlja navedena služba?

**Organizira in vodi dejavnosti, ki omogočajo osebno zblíževanje in povezovanje starih v skupini in skupin med seboj**

5. Katerih temeljnih načel se držite pri delu z uporabniki?

**Delamo po načelih socialne gerontagogike in skupinskega dela**

6. V čem je posebnost te službe oz. dejavnosti - v čem se po vašem mnenju (najbolj) razlikuje od drugih služb oz. dejavnosti s tega področja?

**V tem, da je to pomoč za samopomoč**

7. Kdo je formalni ustanovitelj vaše ustanove?

**Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve**



## VPRAŠALNIK

7.a. Kdo je dal pobudo za to službo oz. dejavnost?

**Sami**

8. Izvajalci storitev oz. uslug, ki jih nudi služba oz. dejavnost

8.a. Profili

8.a.1. Redno zaposlenih (število?)

**1**

8.a.2. Prostovoljcev (število?)

**2**

8.a.3. Pogodbenih/zunanjih sodel. (število?)

**1**

**Pripravnica - 1**

9. Uporabniki storitev oz. uslug

9.a. Koliko jih je?

**40**

9.b. Kdo prihaja k vam?

**Stari**

9.c. S kakšnimi razlogi se obračajo na vas; kakšne vrste problemov imajo?

**Osamljenost, izoliranost**

9.d. Način napotitve (pridejo samoiniciativno, so napoteni od drugih)?

**Samoiniciativno**

9.e. Socialni status in spol (če imate te podatke zbrane)?

**-**

9.f. Število in frekventnost (število obiskov na dan, mesec ali leto; štev. enkratnih in večkratnih obravnav)

**Tri skupine 1 x tedensko po 2 uri**

10. Financiranje

10.a. Kdo zagotavlja sredstva? (Ustanovitelj, uporabniki, državni, mestni, občinski organ?)

**Državni organ in dobrodelne organizacije**

10.b. Kako? (Sponsorji, donacije... Posamezen vir v celoti ali v kombinaciji...?)

**Enkratna denarna sredstva, občasna darila**

11. Kdo izvaja nadzor nad službo ali dejavnostjo?

11.a. Formalno

**Supervizijska skupina**

11.b. Neformalno

**Notranja evalvacija**

12. Kateri so največji problemi, s katerimi se srečujete v svoji ustanovi?

13. Ali se imajo uporabniki pri vas možnost pritožiti zaradi storitev oz. uslug?

**Da**

13.a. Kakšen je postopek?

**Ustna ali pisna pritožba, lahko tudi neformalno**

13.b. Se vam je to že zgodilo? Opišite na kratko, prosim, za kaj je šlo.

**Ne**

14. Kakšne metode, pristope, teorije uporabljate oz. iz kakšnih izhodišč izhajate pri svojem delu?

**Iz izhodišč socialne gerontagogike in skupinskega dela**

15. S katerimi ustanovami (ali zunanjimi strokovnjaki) največ sodelujete in v kakšni zvezi?

**Z dr. Ramovšem, od ustanov z DSO in Karitasom - prostori**

16. Podatki o uporabnikih

16.a. Katere podatke zbirate?

**-**

16.b. Kako jih hranite in obdelujete?

16.c. Komu in v kakšni obliki so na razpolago?

17. Kakšni so načrti za nadaljni razvoj vaše ustanove?

18. Poznate v okolici kakšno novo službo, dejavnost, storitev, ki se vam zdi pomembna ali zanimiva novost na področju psihosocialne prakse?

Kontaktna oseba, tel. št.

1. Ime in naslov ustanove

**CENTER ZA SOCIALNO DELO TREBNJE**

2. Ime in naslov (če se razlikuje) službe oz. dejavnosti

**SKUPINE ZA SAMOPOMOČ STARIM**

3. Delovni čas (kdaj je služba na razpolago uporabnikom)

Dejavnost se izvaja na dveh lokacijah in sicer: na Mirni ob torkih od 9. do 11. ure in v Trebnjem ob petkih od 9. do 11. ure

4. Kakšne vrste storitev oz. uslug zagotavlja navedena služba?

Navedena dejavnost zagotavlja vključitev starih v skupino, ki deluje pod vodstvom socialnih delavk, vendar na osnovi samopomoči

5. Katerih temeljnih načel se držite pri delu z uporabniki?

**TEMELJNA NAČELA** pri delu z uporabniki so: omogočiti starim, da se srečujejo, si oblikujejo prijateljske vezi med seboj in na ta način ohranjajo socialne in psihične sposobnosti tudi v starosti

6. V čem je posebnost te službe oz. dejavnosti - v čem se po vašem mnenju (najbolj) razlikuje od drugih služb oz. dejavnosti s tega področja?

**POSEBNOST** dejavnosti je v tem, da je nova, da so starejši ljudje resnično osamljeni in tako obliko potrebujejo, posebno še, ker ni v občini Doma starejših občanov, ki bi za stare lahko organizirala podobne dejavnosti

7. Kdo je formalni ustanovitelj vaše ustanove?

Formalni ustanovitelj Centra za socialno delo Trebnje, kjer deluje program, je Vlada R Slovenije

7.a. Kdo je dal pobudo za to službo oz. dejavnost?

Pobudo za to službo oz. dejavnost je dal Center za socialno delo v povezavi s programom Združenja za gerontologijo in gerontagogiko Slovenije

8. Izvajalci storitev oz. uslug, ki jih nudi služba oz. dejavnost

8.a. Profili  
socialne delavke

8.a.1. Redno zaposlenih (število?)

2

8.a.2. Prostovoljcev (število?)

-

8.a.3. Pogodbenih/zunanjih sodel. (število?)

-

9. Uporabniki storitev oz. uslug

9.a. Koliko jih je?

Uporabniki programa so stari v krajevnih skupnostih Mirna in Trebnje, ki so se na naše povabilo odzvali in so se bili pripravljene srečevati z drugimi starimi iz kraja v okviru ponujenega programa, skupaj 16

9.b. Kdo prihaja k vam?

Vključujejo se stari, ki živijo sami in si želijo stikov z drugimi

9.c. S kakšnimi razlogi se obračajo na vas; kakšne vrste problemov imajo?

Največ problemov je v zvezi z osamljenostjo, boleznimi, spremembami statusa,

9.d. Način napotitve (pridejo samoinicijativno, so napoteni od drugod)?

K programom prihajajo na osebno vabilo,

9.e. Socialni status in spol (če imate te podatke zbrane)?

Socialnega statusa ne raziskujemo posebej, ugotavljamo pa, da gre za upokojene, največ članov je ženskega spola

9.f. Število in frekventnost (število obiskov na dan, mesec ali leto; štev. enkratnih in večkratnih obravnav)

Dejavnost poteka prvo leto in le v dveh krajevnih skupnostih, število je večje na Mirni, manjše v Trebnjem (9, 7)

10. Financiranje

10.a. Kdo zagotavlja sredstva? (Ustanovitelj, uporabniki, državni, mestni, občinski organ?)

Sredstva za dejavnost zagotavlja Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve iz sredstev za preventivne programe in pa Center iz redne dejavnosti

10.b. Kako? (Sponzorji, donacije... Posamezen vir v celoti ali v kombinaciji...?)

Sredstev ne prispeva nihče drug, prispevajo pa prostor (društva upokojenec), sok in nekatere drobne stvari (organizacije)

## VPRAŠALNIK

11. Kdo izvaja nadzor nad službo ali dejavnostjo?

11.a. Formalno

Center za socialno delo, Ministrstvo, Združenje za gerontologijo

11.b. Neformalno

Neformalno občani

12. Kateri so največji problemi, s katerimi se srečujete v svoji ustanovi?

Največji problemi, s katerimi se srečujemo pri sami dejavnosti, so predvsem: pomanjkanje kadra in sredstev za izvedbo programa

13. Ali se imajo uporabniki pri vas možnost pritožiti zaradi storitev oz. uslug?

13.a. Kakšen je postopek?

13.b. Se vam je to že zgodilo? Opišite na kratko, prosim, za kaj je šlo.

Uporabniki imajo možnost pritožiti se zaradi storitev, to pa se v tem letu ni zgodilo

14. Kakšne metode, pristope, teorije uporabljate oz. iz kakšnih izhodišč izhajate pri svojem delu?

Metoda dela je predvsem skupinsko delo za samopomoč

15. S katerimi ustanovami (ali zunanjimi strokovnjaki) največ sodelujete in v kakšni zvezi?

Pri programu sodelujemo z zdravstvenim domom in društvu upokojencev

16. Podatki o uporabnikih

16.a. Katere podatke zbirate?

Podatkov ne zbiramo, razen osebnih imen, rojstnih dnevo, naslovov, kar vse uporabimo pri samem programu dela posamezne skupine

16.b. Kako jih hranite in obdelujete?

16.c. Komu in v kakšni obliki so na razpolago?

17. Kakšni so načrti za nadaljni razvoj vaše ustanove?

NAČRTI so predvsem v mreži skupin za samopomoč starim v vseh okoljih občine

18. Poznate in okolici kakšno novo službo, dejavnost, storitev, ki se vam zdi pomembna ali zanimiva novost na področju psihosocialne prakse?

Kontaktna oseba, tel. št.

Anica Miklič, 068 44256, 44293, Andreja Erazem, 068 44256, 44293

15

1. Ime in naslov ustanove

Center za socialno delo Ravne na Koroškem, Gozdarska pot 17, 62390 Ravne na Koroškem.

2. Ime in naslov (če se razlikuje) službe oz. dejavnosti

SKUPINASTARIH ZASAMOPOMOČ "SOLZICE"

3. Delovni čas (kdaj je služba na razpolago uporabnikom)

Vsako sredo od 16.00 do 18.00 ure.

4. Kakšne vrste storitev oz. uslug zagotavlja navedena služba?

- ohranjanje zdravih sil in vitalnosti pri starih, - preprečevanje socialne izolacije starih, - omogoča navezovanje prijateljskih vezi med starimi, - pomoč za samopomoč

5. Katerih temeljnih načel se držite pri delu z uporabniki?

- spoštovanje osebnosti posameznega člana skupine, - zaupni in enakopravni odnosi med člani skupine, - upoštevanje so potrebe, želje in pobude posameznikov

6. V čem je posebnost te službe oz. dejavnosti - v čem se po vašem mnenju (najbolj) razlikuje od drugih služb oz. dejavnosti s tega področja?

Starim ljudem daje možnost drugačnega, boljšega življenja. Omogoča dviganje duhovne, socialne in kulturne ravni starih, ki živijo v domačem okolju.

7. Kdo je formalni ustanovitelj vaše ustanove?

Center za socialno delo Ravne na Koroškem

7.a. Kdo je dal pobudo za to službo oz. dejavnost?

dr. Jože Ramovš s sodelavci projekta "Skupine starih za samopomoč"

8. Izvajalec storitev oz. uslug, ki jih nudi služba oz. dejavnost

8.a. Profili

socialna delavka, psihologinja

8.a.1. Redno zaposlenih (število?)

dva

8.a.2. Prostovoljcev (število?)

pridobivamo

8.a.3. Pogodbenih/zunanjih sodel. (število?)

## 9. Uporabniki storitev oz. uslug

## 9.a. Koliko jih je?

## II

## 9.b. Kdo prihaja k vam?

stari, osamljeni ljudje

## 9.c. S kakšnimi razlogi se obračajo na vas; kakšne vrste problemov imajo?

osamljenost, socialna izolacija

## 9.d. Način napotitve (pridejo samoiniciativno, so napoteni od drugod)?

samoiniciativno

## 9.e. Socialni status in spol (če imate te podatke zbrane)?

upokojenke, gospodinje; ženske

## 9.f. Število in frekventnost (število obiskov na dan, mesec ali leto; štev. enkratnih in večkratnih obravnav)

skupina se sestaja enkrat na teden za dve uri

## 10. Financiranje

## 10.a. Kdo zagotavlja sredstva? (Ustanovitelj, uporabniki, državni, mestni, občinski organ?)

država in občina - simbolično, - uporabniki

## 10.b. Kako? (Sponzorji, donacije... Posamezen vir v celoti ali v kombinaciji...?)

bomo iskali za dodatni program

## 11. Kdo izvaja nadzor nad službo ali dejavnostjo?

## 11.a. Formalno

Center za socialno delo

## 11.b. Neformalno

uporabniki sami, svojci

## 12. Kateri so največji problemi, s katerimi se srečujete v svoji ustanovi?

ni posebnih težav

## 13. Ali se imajo uporabniki pri vas možnost pritožiti zaradi storitev oz. uslug?

da

## 13.a. Kakšen je postopek?

individualno reševanje težav, pogovor z voditeljico skupine

## 13.b. Se vam je to že zgodilo? Opišite na kratko, prosim, za kaj je šlo.

ne

## 14. Kakšne metode, pristope, teorije uporabljate oz. iz kakšnih izhodišč izhajate pri svojem delu?

skupinsko delo: voditelj je enakopraven član, ki usmerja delo. Glavno besedo imajo člani skupine.

So aktivni in enakovredno sodelujejo; - logoterapija

## 15. S katerimi ustanovami (ali zunanjimi strokovnjaki) največ sodelujete in v kakšni zvezi?

- skupina supervizorjev (Ramovš, Kladnik, Knific), - člani sekcije voditeljev skupin starih za samopomoč za Koroško - Celjsko - Šaleško regijo, - podobnimi skupinami v bližini (Center za socialno delo Slovenj Gradec, Koroški dom starostnikov Črnceče)

## 16. Podatki o uporabnikih

## 16.a. Katere podatke zbirate?

osebne podatke o članih skupine (ime in priimek, datum rojstva, bivališče), - evidenca prisotnih

## 16.b. Kako jih hranite in obdelujete?

kronika dogajanja v skupini

## 16.c. Komu in v kakšni obliki so na razpolago?

voditeljici, članom sekcije in supervizorjem

## 17. Kakšni so načrti za nadaljni razvoj vaše ustanove?

Ustanavljanje podobnih skupin v Mežiški dolini v Črni na Koroškem, Mežici in na Prevaljah.

## 18. Poznate v okolici kakšno novo službo, dejavnost, storitev, ki se vam zdi pomembna ali zanimiva novost na področju psihosocialne prakse?

Kontaktna oseba, tel. št.

Marjeta ŠTRELKELJ, soc. delavka, tel. 0602 23004, 23399, 20169



**Bruno Norcio, Lorenzo Toresini**  
**Epidemiologija prisilne hospitalizacije na območju**  
**Alpe-Jadran**

Dr. Lorenzo Toresini je primarij psihiater in dela na sprejemnem psihiatričnem oddelku (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura) splošne bolnišnice (Ospedale Maggiore) v Trstu.

Dr. Bruno Norcio je primarij psihiater v Centru za mentalno zdravje San Vito v Trstu.

V besedilu je podana analiza skupne raziskave o epidemiologiji prisilnih hospitalizacij na treh področjih Alpe-Jadran v letu 1992 (Trst, Gorica in Pordenone v Italiji, Celovec v Avstriji in Ljubljana z okolico v Sloveniji). Najprej se avtorja ozreta na nastanek in namen sekcije za spodbujanje duševnega zdravja društva Alpe-Jadran in na zgodovinski razvoj psihiatričnih pristopov v treh regijah. Sledita opis metod, uporabljenih v raziskavi, in predstavitev rezultatov z diskusijo. Izkaže se, da je na področjih, kjer obstaja proces deinstitutionalizacije, število prisilnih hospitalizacij vztajno pada. Gibanje teh števil je odvisno tudi od zakonodaje na posameznem področju. Raziskava pokaže tudi mednarodno težnjo k reformuliranju zakonodaje, ki je posledica krize tradicionalne psihiatrične paradigme.

**Bruno Norcio, Lorenzo Toresini**  
**Italijanski zakon na področju psihiatrije**

Avtorja predstavita italijanski zakon o psihiatriji. Najprej opišeta socialnopolitično ozadje zakonskih sprememb iz leta 1978, potem pa podrobneje predstavita tisti del zakonodaje, ki se nanaša na psihiatrijo. Opirata se na ključne teoretske točke, ki jih zakon definira na novo, to pa so: vprašanje nevarnosti, odnos med varnostjo družbe in pravicami pacienta in odnos med zdravljenjem in družbeno integracijo pacienta. Na koncu avtorja na kratko primerjata zakonske odredbe s področja psihiatrije v treh regijah in v sklepu ugotovita, da je družbeni razvoj (ki se zrcali v uzakonjenem odnosu družbe do psihiatričnih pacientov kot nemočnih subjektov), ki je v prvi polovici tega stoletja v vseh treh regijah še precej homogen, v drugi polovici 20. stoletja ubral različna pota.

**Vito Flaker**  
**Analiza tveganja**

Vito Flaker je asistent za socialno patologijo in vodja študija duševnega zdravja v skupnosti na Visoki šoli za socialno delo Univerze v Ljubljani in predsednik Društva za novosti v duševnem zdravju ALTRA.

Avtor predstavi postopek analize tveganja, ki so ga razvili pri tehtanju verjetnosti nevarnosti v primerih prisilne hospitalizacije, pa tudi pri oskrbi v skupnosti. Postopek razlikuje med grožnjo in nevarnostjo kot sestavinama tveganja. To ločevanje je pomembno ne le zaradi tega, ker omogoča bolj realistično ocenjevanje stopnje tveganja, ampak tudi zato, ker omogoča boljše razumevanje situacije tako tveganja kot tudi odločanja v takih situacijah. Postopek lahko pripelje k zmanjševanju paternalizma in k razmišljanju o taktikah zmanjševanja tveganja. V paradigmatskem smislu je ta postopek, ki ga vpeljuje zlasti stroka socialnega dela, pomemben korak naprej od tradicionalnih kvazi kavzalnih modelov medicine in prava.

**Danilo Sedmak**  
**Prispevek k upravljanju in analizi psihološke vsebine**  
**akutne duševne stiske**

Danilo Sedmak je primarij psiholog v Centru za mentalno zdravje v Nabrežini; je tudi odgovorni psiholog za slovensko otroško socio-psiho-pedagoško službo v Trstu.

Avtor opisuje svojo poklicno izkušnjo kliničnega psihologa v Trstu. V tridesetih letih zajame tri značilne faze razvoja tržaške psihiatrije: tradicionalno institucionalno fazo, fazo transformacije in fazo teritorialne psihiatrije. Avtor povzema specifične lastnosti teh obdobj skozi prizmo izkustvenega pristopa in se hkrati, ko opisuje tretjo, sedanjo fazo, ozre po nekaterih sedanjih projektih Centra za mentalno zdravje v Nabrežini. Poseben poudarek je na nevarnosti t. i. objektivizacije uporabnikov psihiatričnih uslug, ki ostaja del poklicnega in institucionalnega soočanja z duševno boleznijo, čeprav se psihiatrični delavci trudijo drugače.

**Tanja Lamovec**  
**Fenomenologija in duševno zdravje**

Dr. Tanja Lamovec je redna profesorica na oddelku za psihologijo Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani in vodja sekcije za zagovornišтво pri Društvu za novosti v duševnem zdravju ALTRA.

Avtorica predstavi fenomenološki pristop h globljemu razumevanju akutne duševne stiske, za bolj učinkovito pomoč. Na začetku oriše zgodovinski razvoj fenomenološke misli in omeni nekaj ključnih avtorjev. Naprej se ukvarja s fenomenološkim pogledom na pomen, mesto in vrednost neposredne, izkustvene komunikacije med ljudmi, ki jo ponuja kot orodje v procesu spoznavanja človeka v duševni stiski. Nekatere razsežnosti fenomenoloških raziskav

ilustrira s primeri tipičnih fenomenov pri depresiji, maniji in shizofreniji in sklene s pregledno razpredelnico, v kateri našteva možnosti, ki jih ponuja fenomenološki vidik.

### Vesna Švab, Nace Kovač Skupnostna skrb za osebe s psihozo

Dr. Vesna Švab je psihiatrinja v Psihiatrični kliniki Polje. Nace Kovač je socialni delavec na Centru za socialno delo Ljubljana Moste-Polje in predsednik upravnega odbora Organizacije za duševno zdravje - ŠENT.

Avtorja opisujeta že vzpostavljene oblike skrbi za duševno bolne pri nas in ocenjujeta njihovo uspešnost in razvojne možnosti. Predstavita model skupnostne skrbi za osebe s psihozo, ki je primeren našim razmeram in možnostim, in pregled potrebnih komponent skupnostne skrbi. Temelj skupnostne skrbi je povezava med različnimi institucijami, strokovnjaki, uporabniki in njihovimi svojci. Utemeljujeta sektorizacijo skrbi. Opišeta že vzpostavljene koordinacije in njihovo uspešnost pri zagotavljanju večje samostojnosti in normalizacije psihiatričnih pacientov.

### Darja Zaviršek

#### Psihiatrični oddelek med boleznijo in njeno kulturno manifestacijo - Študija primera (III)

Mag. Darja Zaviršek je asistentka za antropologijo na Visoki šoli za socialno delo Univerze v Ljubljani.

Za socialno situacijo psihiatričnih pacientk je med drugim značilno, da imajo skromno in redko socialno mrežo. Večina njihovih socialnih stikov je povezanih z institucijo, vendar se stiki, navezani v instituciji, navadno ne razpotegnejo na "zasebne" stike, tj., pacientke se navadno zunaj bolnice ne družijo. Prikazani so nekateri rezultati vprašalnika, ki ga je avtorica aplicirala na skupino pacientk. Značilno je, na primer, da je izmed vseh vprašanih skoraj polovica doživela fizično nasilje sorodnikov. Posebej se avtorica posveti vprašanju izolacije. Ugotavlja, da se diskriminacija v instituciji manifestira zlasti v količini časa, ki je je pacientka deležna, in sklene z navezavo svoje izkušnje na Goffmanovo analizo delovanja psihiatrične ustanove.

### Milko Postrak

#### Kje so subkulture danes? (III)

Mag. Milko Postrak je mladi raziskovalec na Visoki šoli za socialno delo Univerze v Ljubljani.

V tretjem delu zapisov o subkulturah se avtor loti umeščanja pojma subkultura v širši okvir kulture oz. kar pojma vsakdanjega življenja. Preden se celoviteje

loti omenjene analize, opravi še krajši pregled razvoja raziskovanj in pojmovanj problematike mladostništva, od - zlasti ameriških - teorij deviacije iz prvih desetletij tega stoletja in nanje navezujočih se teorij mladinske kulture, prek zametkov in nato razvitih subkulturnih teorij do še večplastnejšega proučevanja subkulture in mladinskih kultur v okviru - na antropoloških in etnoloških spoznanjih utemeljenih - sodobnih kulturoloških proučevanj. Ob tem nakaže tudi aktualno kritiko najnovejših pristopov.

### Zoja Skušek

#### Očetje: pravica do nosečnosti - Psihosomatska kuada

Zoja Skušek je asistentka za sociologijo kulture, zunanja sodelavka Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani, urednica zbirke Studia humanitatis in publicistka.

Avtorica ugotavlja, da večina tradicionalnih kultur ritualno regulira očetovo vedenje v času, ko pričakuje otroka. Naša kultura je očetov delež pri nosečnosti in zgodnjem otroštvu potlačila: slovenščina nima niti izraza za moškega, ki pričakuje otroka, in tudi drugi "veliki" jeziki si pomagajo z jezikovnimi berglami, kot so *expecting father, le devenir-pere* itn.; vendar pa ta potlačitev skozi simptome udarja nazaj. Študije, ki so se s tem področjem ukvarjale, ugotavljajo, da se očetje v t. i. modernih družbah odzivajo na pričakovanje otroka z različnimi vedenji; psihiatrija jih je nekaj med njimi označila za "patološka", medicina pa jih za zdaj še ni - kot jutranja bruhanja in slabosti nosečnic - vključila med "normalna" znamenja pričakovanja otroka.

### Srečo Dragoš

#### Socialno delo - sistemski vidik (II)

Mag. Srečo Dragoš je asistent za sociologijo na Visoki šoli za socialno delo Univerze v Ljubljani.

Avtor poudarja zlasti tri vprašanja: o pomenu globalnih družbenih sprememb za stroko socialnega dela, o vprašanju (ne)smiselnosti eklekticizma v teoriji socialnega dela in o vprašanju (ne)uporabnosti sistemskega pristopa. Pri prvem opozori na globalne premike v porazdelitvi družbene moči, na načine družbene integracije in na značilnosti države, kar ima pomembne posledice za položaj stroke. O drugih dveh vprašanjih pa se opredeli afirmativno, saj argumentira koristnost (in nujnost) uporabe eklektičnega pristopa kot tudi aplikativno sposobnost sistemске teorije v socialnem delu. V zvezi z nekaterimi pomembnimi razlikovanji, ki jih sistemski pristop uvaja v socialno delo, je podan tudi prikaz raziskave B. Stritih: *Normativi in standardi v socialnem varstvu* (VŠSD, 1993).

A B S T R A C T S

**Bruno Norcio, Lorenzo Toresini**  
**Epidemiology of compulsory hospitalisation in the**  
**Alpe-Adria region**

Dr. Lorenzo Toresini is a psychiatrist-primarius working at the admission department (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura) of the general hospital (Ospedale Maggiore) v Trstua. Dr. Bruno Norcio is a psychiatrist-primarius at the Mental Health Centre San Vito in Trieste.

The authors present their analysis of a joint research on the epidemiology of compulsory hospitalisation in the three Alpe-Adria regions (Trieste, Gorizia and Pordenone in Italy, Klagenfurt in Austria, and Ljubljana with surroundings in Slovenia) in 1992. The origin and the purpose of the Section for enhancing mental health of the Alpe-Adria Association and the historical development of psychiatric approaches in the three regions are briefly noted, before the description of methods, employed in the research, and the results are presented and discussed. It seems that in the region with an ongoing process of deinstitutionalisation there is a consistent decrease in the number of compulsory hospitalisations. The dynamics of these figures depend also on the legislation in an individual region. The research shows an international tendency to reform legislation as a consequence of the crisis of the traditional psychiatric paradigm.

**Bruno Norcio, Lorenzo Toresini**  
**Italian law in the field of psychiatry**

The authors first describe the socio-political background of the legal changes from 1978 and then present in detail the part of legislation related to psychiatry. They consider the key theoretical issues redefined by the new law, i.e.: the question of danger, the relationship between the protection of society and patients' rights, and the relationship between a patient's cure and his/her social integration. Finally, the authors briefly compare legal measures in the field of psychiatry among the three Alpe-Adria regions, and conclude that the social development (reflected in the legal attitude of society to psychiatric patients as weak subjects), rather homogenous in the first half of this century, took rather different paths in the second.

**Vito Flaker**  
**Risk analysis**

Vito Flaker is an assistant lecturer of social pathology and head of Community Mental Health Studies at the University of Ljubljana School for Social Work, and chairperson of ALTRA - Association for Innovations in Mental Health.

The author presents the procedure of risk analysis that has been developed to measure the probability of danger in cases of compulsory hospitalisation, as well as of community care. The procedure distinguishes between threat and danger as the components of risk. This distinction is important not only because it allows a more realistic assessment of the degree of risk, but also because it allows a better understanding of both the situation of risk and decision-making in such situations. The procedure may lead to less paternalism and to the considerations of the tactics of reducing risk. Paradigmatically, this procedure, introduced in particular by social work, is a significant step forward from the traditional quasi causal models of medicine and law.

**Danilo Sedmak**

**A contribution to management and analysis of the**  
**psychological content of the acute mental distress**

Danilo Sedmak is a psychologist-primarius at the Mental Health Centre in Nabržina; he is also the responsible psychologist for the Slovenian socio-psycho-pedagogical service for children in Trieste.

The author describes his professional experience as a clinical psychologist in Trieste. The period of thirty years includes the three characteristic stages in the development of the Triestan psychiatry: the traditional stage, the stage of transformation, and the stage of territorial psychiatry. The author summarizes the specific features of these periods through an experiential approach and in describing the third, present stage, he considers some current projects of the Mental Health Centre in Nabržina. He emphasises the so-called objectivation of psychiatric service users as a peril which in spite of conscious efforts on the part of psychiatric workers remains inherent in the professional and institutional confrontation with mental illness.

**Tanja Lamovec**

**Phenomenology and mental health**

Dr. Tanja Lamovec is a tenure professor at the University of Ljubljana Philosophical Faculty, Department of Psychology, and chairperson of the Advocacy section of ALTRA - Association for innovations in mental health.

The author presents the phenomenological approach to a deeper understanding of the acute mental distress and a more efficient help. First, she describes the historical development of phenomenological ideas and mentions a few key authors. Next, she explains the phenomenological views on the significance, place and value of immediate experiential communication

among people, which the author offers as an instrument in the process of learning about the person in mental distress. Some dimensions of phenomenological research are illustrated by way of the cases of typical phenomena at depression, mania and schizophrenia, and the article is concluded with a list of possibilities offered by the phenomenological view.

**Vesna Švab, Nace Kovač**  
**Community care for persons with psychosis**

Dr. Vesna Švab is a psychiatrist at the Polje Psychiatric Clinic. Nace Kovač is a social worker at the Ljubljana Moste-Polje Social Work Centre and chairperson of the executive committee of ŠENT - Organisation for Mental Health.

The authors describe the established forms of care for mentally ill in Slovenia and assess their efficacy and developmental capacities. They present a model of community care for persons with psychoses, suitable to the circumstances and possibilities, and review the necessary elements of community care. The basis of community care is the link among various institutions, professionals, users and their relatives. The authors argue for the sectorisation of care. They describe the established coordinations and their efficacy in providing greater autonomy and normalisation of psychiatric patients.

**Darja Zaviršek**  
**Psychiatric ward between illness and its cultural manifestation - A case study (III)**

Darja Zaviršek is an assistant lecturer for anthropology at the University of Ljubljana School for Social Work.

Characteristic for the social situation of female psychiatric patients is that they have a meagre and scarce social network. Most of their social contacts are linked to the institution, yet these institution-linked contacts are ordinarily not extended to "private" contacts, that is, the patients do not habitually associate out of the hospital. Some results of a questionnaire applied by the author to a group of female patients are presented. They show, for instance, that almost half of the group have experienced physical violence from their relatives. In particular, the problem of isolation is scrutinized. The author finds discrimination in institution to manifest itself in the length of time spent on a patient by the staff, and concludes by linking her experience at research to Goffman's analysis of the psychiatric institution.

**Milko Poštrak**  
**Where have all subcultures gone? (III)**

Milko Poštrak is a junior researcher at the University of Ljubljana School for Social Work.

In the third part of his notes on subcultures the au-

thor attempts to place the notion of subculture within a wider framework of culture or even of everyday life. Before embarking upon an integral analysis, he makes a brief survey of the evolution of research of, and ideas about, the juvenile, from - especially American - the theories of deviance since the first decades of this century and the related theories of youth culture, to the origins of, and later, to developed theories of subculture, to multilevel investigations of subcultures and youth cultures in the framework of modern culturological studies, based on anthropological and ethnological knowledge. The author also indicates some criticism to the recent approaches.

**Zoja Skušek**  
**Fathers: the right to pregnancy - Psychosomatic kuvada**

Zoja Skušek is an assistant lecturer for sociology of culture at the University of Ljubljana Philosophical Faculty, editor of *Studia humanitatis* and a publicist.

The author finds that most traditional cultures ritually regulate fathers' behaviour at the time of child expectancy. Our culture has suppressed the father's part in pregnancy and early childhood; there is no expression in the Slovenian for the man who expects a baby, and other languages coin just as awkward expressions, such as *expecting father*, *le devenir-pere* etc. However, the suppressed strikes back. The studies on the subject reveal that fathers in so-called modern societies react to child expectancy with different ways of behaviour. Some have been labelled "pathological" by psychiatry, and they have not yet been included by medicine among the "normal" signs of child expectancy.

**Srečo Dragoš**  
**Social work - a systemic view (II)**

Srečo Dragoš is an assistant lecturer of sociology at the University of Ljubljana School for Social Work.

Attention is paid mainly to three questions: the significance of the global social change for the profession of social work, the (in)significance of eclecticism in the theory of social work, and the (in)applicability of the systemic approach. Dealing with the first question, the author points out those influential global movements which concern the transformation of the dominant forms of power in a society, the mode of social integration, and the character of the state. He argues in favour of the other two questions, finding the eclectic approach useful (and necessary) and the system theory applicable in social work. Relating to some important distinctions introduced into social work by the system approach, the research *Normatives and standards in social work* by Bernard Stritih (published by School for Social Work, 1993) is reviewed.



## Ponudba - preberite to!

Če želite, da *Socialno delo* objavi obvestilo ali informacijo o kakšni vaši dejavnosti, npr. o seminarju ali kongresu, ki ga prirejate, o publikaciji, ki ste jo izdali, ali o kakšni drugi zadevi, ki bi zanimala strokovno javnost, nam jo, prosim, pošljite. Časopis *Socialno delo* je najhitrejši način, kako obvestite veliko ljudi s tega področja in iz tega poklica!

## Pišete?

Časopis *Socialno delo* v letu 1994 pripravlja naslednje teme:

- nove psihosocialne službe,
- ljudje (skupine) s posebnimi potrebami,
- supervizija.

Še zlasti vas vabimo, da napišete in nam pošljete članek, če se ukvarjate s katerim od teh področij. Lahko nas prej pokličete.

Vabljeni ste tudi z drugimi besedili: s primeri iz prakse, poročili, intervjuji, mnenji, odgovori itn.

Prosimo, da se držite navodil, ki so objavljena na naslednji strani.

## Druge izdaje VŠSD

Darja Zaviršek

*Ženske in duševno zdravje*

David & Althea Brandon

*Jin in jang načrtovanja psihosocialne skrbi*

Naročite ju lahko s pismom ali po telefonu.

## Kako naj bo urejeno besedilo za objavo v časopisu Socialno delo

1. Rokopis teoretskega članka, raziskovalnega poročila in druge poglobljene študije je lahko dolg do 16 strani (30.000 znakov), daljši izjemoma s privoljenjem uredništva. Druga besedila lahko imajo do 8 strani.
  2. Rokopis je lahko vrnjen avtorju v dopolnitev ali popravek. Uredništvo si pridržuje pravico preurediti ali spremeniti dele besedila, če tako zahtevata jasnost in razumljivost, ne da bi prej obvestilo avtorja.
  3. Besedilo je treba oddati hkrati na disketi in v izpisu. Izpis naj ima dvojne razmake (30 vrstic na stran), 65 znakov na vrstico (velikost znakov: 10 pik).
  4. Besedilo na disketi je lahko zapisano v kateremkoli programu za MS-DOS ali MS-WINDOWS, ne sme pa biti v formatu ASCII.
  5. Besedilo na disketi mora biti brez kakršnegakoli oblikovanja, npr. pomika v desno, pomika na sredo, brez posebej formatiranih odstavkov, velikosti črk ipd. Ne uporabljajte avtomatičnega številjenja odstavkov. Vse posebnosti, ki jih želite v tisku, naj bodo zaznamovane na izpisu.
  6. Kurzivo ali podčrtavo (kar je ekvivalentno) uporabljajte zgolj za poudarjeno besedilo, v referencah kakor na zgledih spodaj in za tuje besede v besedilu, ne pa za naslove ipd.
  7. Ves tekst, vključno z naslovi, podnaslovi, referencami itn., naj bo pisan z malimi črkami, seveda pa upoštevajte pravila, ki veljajo za veliko začetnico. Če bi zaradi kakšnega posebnega učinka želeli, da so deli besedila v samih velikih črkah, zaznamujte to na izpisu.
  8. Vse opombe naj bodo v formatu opomb (FOOTNOTES ali ENDNOTES) ali pa pomaknjene na konec besedila in oštevilčene.
  9. Grafični materiali naj bodo izrisani v formatu A4 in primerni za preslikavo. Od barv je dovoljena samo črna (seveda tudi siva). Če so računalniško že obdelane, se posvetujte z uredništvom.
  10. Reference naj bodo razvrščene po abecednem redu priimkov avtorjev oz. urednikov, in sicer tako:
 

D. Bell, P. Caplan, W. J. Karim (ur.) (1993), *Gendered Fields. Women, men and ethnography*. London: Routledge.

J. D. Benjamin (1962), The innate and the experiential. V: H. W. Brosin (ur.), *Lectures in Experimental Psychiatry*. Pittsburg: Univ. Pittsburg Press.

J. Chasseguet-Smirgel (1984), *The Ego Ideal: A Psychoanalytic Essay on the Malady of the Ideal*. New York: Norton.

— (1991), Sadomasochism in the perversions: some thoughts on the destruction of reality. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 39: 399-415.

G. Čačinovič Vogrinčič (1993), Družina: pravica do lastne stvarnosti. *Socialno delo* 32, št. 1-2: 54-60.

Didier-Weil et al. (1988), *El objeto del arte*. Buenos Aires: Nueva Visión.

A. Miller (1992), *Drama je biti otrok*. Ljubljana: Tangram.

D. W. Winnicott (1949), Mind and its relation to the psyche-soma. V: *Through Pediatrics to Psychoanalysis*. New York: Basic Books, 1975.
- Avtorjevo ime (v zgledih zgoraj inicialke) lahko tudi izpišete. Številka letnika je del naslova revije!
11. Reference v besedilu naj bodo urejene tako: (avtor, koavtor leto: stran; avtor<sub>2</sub>, koavtor<sub>2</sub> leto<sub>2</sub>: stran<sub>2</sub>) itn. (enako, če gre za urednika). Na primer: (Bell, Caplan, Karim 1986; Didier-Weil et al. 1988; Winnicott 1949: 145). Če je avtor/urednik omenjen že v besedilu, se njegovo ime v oklepaju izpusti, na primer: ... Miller (1992: 133)...
  12. Tuje besede (razen imen) in latinarije (kakor *ibid.*, *op. cit.* ipd.) naj bodo ležeče ali podčrtane.
  12. Uredništvo sprejme tudi neobdelana besedila, vendar s tem nastale stroške odšteje avtorju od honorarja.
  13. Posebna datoteka naj vsebuje povzetek v ne manj od 10 in ne več od 15 vrsticah, v slovenščini in angleščini. Omembe avtorja naj bodo v tretji osebi.
  14. Posebna datoteka, katere ime je priimek avtorja besedila, naj vsebuje kratko informacijo o avtorju (v tretji osebi) v slovenščini in angleščini. V datoteki Y bo torej pisalo:
 

Dr. XY je asistentka na Visoki šoli za socialno delo v Ljubljani, podpredsednica Društva socialnih delavcev Slovenije in pomočnica koordinatorja Evropskega programa za begunce.

Dr. XY is Assistant Lecturer at School for Social Work in Ljubljana, Vice-Chairperson of The Social Workers' Association of Slovenia and Deputy Co-ordinator of the European Refugee Programme.

## social work

Vol. 33, June 1994, Part 3

Published by School of Social Work, University of Ljubljana

All rights reserved

### Editor-in-Chief

Bogdan Lešnik

### Editors

Darja Zaviršek (book reviews)

Srečo Dragoš (research)

Jo Campling (international edition)

### Editorial Board

Vika Bevc

Vito Flaker

Anica Kos

Blaž Mesec (Chairman)

Pavla Ropoša Tanjšek

Marta Vodeb

Marjan Vončina

### Advisory Board

Franc Brinc

Gabi Čačinovič Vogrinčič

Bojan Dekleva

Andreja Kavar Vidmar

Zinka Kolarič

Mara Ovsenik

Jože Ramovš

Tanja Renar

Bernard Stritih

### Address of the Editor

Šaranovičeva 5, 61000 Ljubljana, Slovenia, phone & fax (+386 61) 133-7011

## *selected contents*

<b>Bruno Norcio, Lorenzo Toresini</b> Epidemiology of compulsory hospitalisation in the Alpe-Adria region	169
<b>Bruno Norcio, Lorenzo Toresini</b> Italian law in the field of psychiatry	185
<b>Vito Flaker</b> Risk analysis	189
<b>Danilo Sedmak</b> A contribution to management and analysis of the psychological content of the acute mental distress	197
<b>Tanja Lamovec</b> Phenomenology and mental health	201
<b>Vesna Švab, Nace Kovač</b> Community care for persons with psychosis	207
<b>Darja Zaviršek</b> Psychiatric ward between illness and its cultural manifestation (III)	217
<b>Milko Poštrak</b> Where have all subcultures gone? (III)	227
<b>Zoja Skušek</b> Fathers: the right to pregnancy (Psychosomatic kuvada)	235
<b>Srečo Dragoš</b> Social work - a systemic view (II)	239
English Abstracts	271

Published in six issues per year.

**članki**

Bruno Norcio, Lorenzo Toresini Epidemiologija prisilne hospitalizacije na območju Alpe-Jadran	169
Bruno Norcio, Lorenzo Toresini Italijanski zakon na področju psihiatrije	185
Vito Flaker Analiza tveganja	189
Danilo Sedmak Prispevek k upravljanju in analizi psihološke vsebine akutne duševne stiske	197
Tanja Lamovec Fenomenologija in duševno zdravje	201
Vesna Švab, Nace Kovač Skupnostna skrb za osebe s psihozo	207
Darja Zaviršek Psihiatrični oddelek med boleznijo in njeno kulturno manifestacijo (III)	217
Milko Poštrak Kje so subkulture danes? (III)	227
Zoja Skušek Očetje: pravica do nosečnosti (Psihosomatska kuvada)	235
Srečo Dragoš Socialno delo - sistemski vidik (II)	239

**recenzija**

Blaukopf, <i>Glasba v družbenih spremembah</i> • Milko Poštrak	249
--	-----

**poročili**

Slovenske nevladne organizacije in ameriška izkušnja • Vesna Leskošek	253
Duševno zdravje, rasa in kultura • Darja Zaviršek	255

**dokumenti**

Vprašalnik za psihosocialne službe (III)	257
--	-----

**povzetki**

Slovenski	269
Angleški	271