

Shulamit Ramon

**RAZVOJ DUŠEVNEGA ZDRAVJA V SKUPNOSTI  
V VELIKI BRITANiji IN SEVERNI AMERIKI**

(Zgodovinski pregled)

Počaščena sem in vesela, da sem prva gostujoča predavateljica novega programa usposabljanja za duševno zdravje v skupnosti na Univerzi v Ljubljani. Ob tej priložnosti bi se rada zahvalila g. Vitu Flakerju za delo, ki ga je vložil v to, da se je program začel uresničevati, pa tudi poudarila, da gre pri tem za iniciativo petih držav, ki jih sponzorira Evropska skupnost. To sodelovanje vam v marsičem daje prednost pred našimi študenti v Veliki Britaniji, ki imajo le redko možnost primerjajnja različnih pogledov na duševno zdravje v skupnosti. Upam, da vam bodo različni modeli, ki vam jih bomo predstavili, omogočili, da boste izbrali in razvili tistega, ki bo najbolje ustrezal Sloveniji in času, v katerem živimo.

Upam, da se boste med številnimi predstavljenimi okviri in različnimi modeli sistemov služb lahko odločili za tistega, ki bo za vaše potrebe najboljši, in da ne boste ponavljali naših napak; sem pa prepričana, da boste delali svoje lastne, izvirne napake. Kajti zgodovina duševnega zdravja v skupnosti je, kakor zgodovina katerega koli novega sistema, tako v Veliki Britaniji kot v Severni Ameriki najprej zgodba o napakah in o relativno skromnih uspehih.

Še zlasti sem počaščena, ker sem z vami zdaj, v teh časih, ki so za vaš konec sveta tako hudi. Hudi časi pogosto omogočijo ljudem, da vidijo stvari v novi luči, da si ustvarijo drugačen vrstni red vrednot. Upam, da se boste vi, in Slovenci nasploh, začeli bolj zavedati dolžnosti, ki jih ima družba do ljudi, in pomena, ki ga ima ustanavljanje služb za duševno zdravje v skupnosti kot način pomoči žrtvam duševnega stresa. Te službe temeljijo na prepričanju, da so prav ljudje največje bogastvo vsake družbe.

Beseda o terminologiji

*Duševno zdravje* je varljiv termin, ki ga je težko definirati in je v veliki meri odvisen od tistega, ki ga definira. Pogosta je definicija, da je to odsotnost bolezni ali stanje dobrega počutja. Večina pa nas iz lastnih izkušenj ve, da so trenutki dobrega počutja relativno redki, da sta stres in prenapetost pogostejša kot mir, spokoj ali dobro počutje. Zato je morda res, da je duševno zdravje prej ideal, za katerim stremimo, kot pa dosegljiv cilj.

*Duševni stres* je še eno stanje, ki ga poznamo vsi, namreč stanje neugodja in

strahu, občutek odtujitve od sebe in drugih in včasih tudi od predmetnega sveta. Toda čeprav je to univerzalna izkušnja, se zavedamo lestvice takšnih čustev, kjer razlike niso preprosto kvantitativne, ampak predvsem kvalitativne. Najvišji vrh te lestvice navadno imenujemo *duševna bolezen*, da bi ločili med stresom in bolezenskim stanjem.

Zavedam se, da kolegi medicinci in včasih tudi laiki uporabljajo termin duševna bolezen, kakor opisujemo telesno bolezen, pri kateri domnevamo, da je postavljena biološka definicija. Kot veste že iz dosedanjega usposabljanja, se okoli domnevne biološke baze duševnega stresa vnema vroča debata. Osebnostno se pridružujem stališču, da le redko naletimo na duševno bolezen, ki bi jo povzročili biološki dejavniki, res pa je, da je pogost - in to vemo tudi iz lastnih izkušenj - vpliv duševnega stresa na naše telo, saj smo bitja, ki naseljujemo telo, zato mora med našim duhom in telesom potekati interakcija, kar se pokaže tudi, ko doživljamo hud duševni stres.

Prav tako je gotovo, da ne bom uporabljala termina "pacient", ker ta pripada zgolj medicinskemu vidiku in označuje precejšnjo pasivnost. Namesto tega bom uporabljala termina *klient* ali *uporabnik služb*.

Zdaj bom poskušala opisati, kaj je duševno zdravje v skupnosti v Veliki Britaniji in Severni Ameriki, in kako je do tega prišlo. Trdim, da vzpon duševnega zdravja v skupnosti v prevladujoč model pomeni radikalen preobrat v naših pogledih na duševni stres in na ljudi, ki jih prizadane, prav tako pa trdim, da so ta razvoj zaznamovala stalna nasprotja in nedoslednosti, kar zahteva posebno razlago.

Ko razmišljamo o radikalnem preobratu v psihiatričnem sistemu, moramo upoštevati te parametre:

- socialno-ekonomsko-politični kontekst;
- vrsto duševnega stresa in na kateri njegov del so se osredotočili v novem/starem sistemu;
- vrsto razlag in stopenj intervencije v starih/novih sistemih;
- vrsto okolij, ki jih je sistem ustvaril in uporabljal;
- vrsto sektorjev, ki so jih osnovali in znotraj katerih delujejo.
- ovrednotenje poglavitnih ciljev, procesov in rezultatov, ki so za sistem tipični, in načinov, kako so jih prevedli v prakso.

Na koncu opisa duševnega zdravja v skupnosti se bom poskusila osredotočiti tudi na komponente, ki so podlaga duševnemu zdravju: na *bazo vrednot*, na *znanje* in na *spretnosti*.

Duševno zdravje v skupnosti (Community Mental Health - CMH), ki se je začelo razvijati po drugi svetovni vojni, je definirano kot ponudba storitev za duševno zdravje v skupnosti namesto v ustanovah, ki uporabnika ločijo od skupnosti.

Opisala bi rada nekaj tipičnih primerov, ki ilustrirajo, kaj je duševno zdravje v skupnosti, vendar pa želim poudariti, da so in *morajo biti* med modeli duševnega zdravja v skupnosti razlike, ustrezne razlikam v kulturi ter v socialni in ekonomski organizaciji, ki obstajajo med Veliko Britanijo in Severno Ameriko, pa tudi znotraj obeh držav, če sploh ne govorimo o postkomunistični Srednji Evropi.

V mestu Madison (Wisconsin) v ZDA lahko ljudje, ki jih prizadene duševni stres, uporabijo telefonsko linijo in/ali se obrnejo na center za duševno zdravje v skupnosti, tja pa jih lahko napoti tudi njihov družinski zdravnik. Po telefonu se lahko pogovarjajo s prostovoljci, ki jih razumevajoče poslušajo in jim svetujejo, naj poiščejo profesionalno pomoč, obišejo prijatelja ali versko pomoč (če so verni). V centru za duševno zdravje v skupnosti imajo profesionalce iz različnih disciplin: bolniške sestre, psihologe, socialne delavce in psihiatre. Center poskrbi za konzultacijo z enim izmed teh profesionalcev, pač glede na začetno oceno, ki temelji na tem, kar je oseba - ali tisti, ki jo je priporočil - povedala centru. Ko bolj natančno določijo stanje, lahko ljudem ponudijo intervencijo - zdravljenje, posvetovanje, delo v družini, vključitev v program rehabilitacije, povezavo s strokovnjaki za nastanitev. Center ima tudi dnevne programe, kjer je mogoče sodelovati v vrsti aktivnosti, denimo v umetniških krožkih, pri terapiji, ki te raztrese, v diskusijah, potem so tu še izleti, lahke telesne vaje... Center dela tudi z otroki in njihovimi družinami, ali pa imajo v ta namen ločen center. Delo z otroki večinoma zajema svetovanje in vedenjske modifikacije, redko zdravljenje. Hospitalizacija otrok je redka.

Nekateri ljudje gredo živeti v stanovanjske skupnosti z drugimi, ki so bili prav tako žrtve duševnega stresa, ob pomoči osebja služb. Stopnja pomoči se od posameznika do posameznika razlikuje, pač glede na potrebe. Obstaja posebna skupina za ljudi s trajnimi duševnozdravstvenimi težavami, ki ima celodnevni delovnik in skrbi za vse: za nakupe, porabo denarja, za hišo, za poklicno urjenje, izobraževanje odraslih in zdravljenje.

Manjše število ljudi, ki se obrne na službe, od časa do časa pošljejo na psihiatrični oddelek splošne bolnišnice, navadno ne za dalj kot za dva do tri tedne. Nekaj pa je tudi takih, ki kakšno leto ostanejo na zaprtem oddelku - v bolnišnici, ki ni videti kot bolnišnica.

Tako je v sklopu sistema duševnega zdravja v skupnosti ponavadi na voljo vrsta služb in možnosti.

Britanske službe ponujajo podobne storitve, toda v drugačni organizaciji in z večjim poudarkom na psihiatričnih bolnicah. Glavna razlika je v tem, da v Veliki Britaniji te storitve sodijo v obvezno zavarovanje (National Health Service) in se zanje ne plačuje posebej. V Franciji se te storitve plačujejo, vendar Ministrstvo za zdravstvo pozneje povrne stroške; V Združenih državah te

storitve sodijo v zdravstveno zavarovanje, tisti, ki zavarovanja nimajo, pa do njih niso upravičeni. Čeprav te razlike same po sebi ne vplivajo na sistem duševnega zdravja v skupnosti, pa so njihove implikacije pomembne tako za vsak sistem duševnega zdravja v skupnosti kot tudi za njegove kliente.

V Chesterfieldu, majhnem britanskem mestu približno iste velikosti kot je Madison, ni psihiatrične bolnišnice, imajo pa psihiatrični oddelek v splošni bolnici. V okviru tega delujejo S.O.S. telefon (Samaritani), klinika za vodenje otrok z multidisciplinarnim timom, družinskimi zdravniki in zdravstveni centri, projekt za pomoč v skupnosti (Community Support Project) in projekt služb za duševno zdravje (Mental Health Services Project), ki je pred kratkim postal del organizacije, imenovane Podporna mreža (Support Network).

Projekt za pomoč v skupnosti nudi individualno podporo ljudem s trajnimi duševnozdravstvenimi problemi, vključno s skrbjo za njihove domove ter oskrbovalnim managementom. Projekt služb za duševno zdravje vključuje več skupinskega dela, socialne nasvete in možnost, da uporabniki vodijo lastno skupino. Tako imamo moško skupino, žensko skupino, skupino žrtev spolnih zlorab in skupino, ki sama zastopa svoje interese. Vse dejavnosti potekajo v okviru običajnega skupnostnega centra, člani skupin pa imajo svoje predstavnike v upravnem odboru centra.

V Derbyshiru (kamor sodi Chesterfield) predstavniki uporabnikov sodelujejo tudi v vseh načrtovalnih skupinah, skupaj s predstavniki tistih, ki storitve zagotavljajo, in s politiki.

Pod to preprosto definicijo se skrivajo številne podmene.

#### *Baza vrednot*

- Ljudje, ki jih je prizadel duševni stres, imajo enake pravice kot vsi drugi državljani, vključno s pravico do pomoči, kadar so je potrebni, pravico, da jih ne ločijo od drugih, ter volilno pravico. Na kratko, treba je storiti vse, da tem ljudem zagotovimo, da jim zaradi stresa, ki so ga pretrpeli, niso odvzete državljanske pravice.
- Odvzem državljanskih pravic bi pripeljal do še hujšega stresa in izločitve in bi pomenil oviro pri vrnitvi v socialno zaželeno identiteto in delovanje.
- Taka vrnitev je nujna za popolno okrevanje od duševnega stresa, kajti bistvo duševnega stresa so različni tipi osebne in socialne odtujenosti.
- Povedano ne pomeni, da ne obstaja tudi kakšna možnost biološke etiologije in intervencije, pomeni pa osredotočenje na psihološko in socialno, kar bomo podrobneje raziskali v razdelku o bazi znanja.

#### BAZA ZNANJA

Medtem ko daje klinično-somatski vidik prednost biološki etiologiji, se sami

vse bolj zavedamo psiholoških in socialnih dejavnikov, ki pripeljejo do duševnega zloma in nato pustijo trajne sledi v "življenjski poti" "duševnega bolnika".

### *Psihološka baza*

S Freudom smo se začeli zavedati tega, da lahko nerešeni konflikti v najosnovnejših psiholoških povezavah blokirajo naš emocionalni razvoj, kar sčasoma povzroči, da se ne počutimo dobro in da socialno in osebno ne delujemo optimalno. S tega stališča so simptomi duševne stiske manifestacija notranjega nemira, hkrati pa tudi poskus, da bi se tega ubranili.

Vendar pa so na duševno zdravje v skupnosti znatno bolj kot psihoanaliza vplivale PSIHOLOGIJA EGA in VEDENJSKA TERAPIJA.

Psihologijo ega in vedenjsko terapijo so razvijali predvsem v Združenih državah od tridesetih let tega stoletja, še zlasti v petdesetih letih; obe smeri so oblikovali bolj psihologi kakor psihiatri, čeprav so psihologijo ega razvijali tudi psihološko usmerjeni psihiatri in socialni delavci. Obema smerema je skupna močna vera v človekovo zmožnost, da se nauči novih vzorcev premagovanja težav, življenja z drugimi, reševanja problemov, ne glede na napake v preteklosti. V nasprotju s psihoanalizo ti dve smeri ne priznavata, da bi bil zelo nadroben proces psihoanalize, ki zahteva kar največjo vpletenost, edini pravi način premagovanja težav pri ljudeh, katerih psihološki razvoj je bil blokiran ali zavrt. Pristaši vedenjske terapije dvomijo tako v psihoanalitični sistem razlage, kakor tudi v psihoanalitično intervencijsko metodo, trdeč, da psihoanaliza ljudem ne omogoča, da bi razvili ustreznejše načine vedenjskih strategij, s katerimi bi lahko premagovali življenjske probleme.

Pregled tega, kaj je duševno zdravje v skupnosti prevzelo iz obeh strategij, sem za potrebe tega predavanja predstavila shematično in nadvse poenostavljeno. Poslušalci, ki jih zanimajo nadaljne informacije o teh strategijah, si lahko več preberejo v predlagani literaturi (Hartman, 1951, Hudson in MacDonald, 1986).

Teorija vedenjske terapije uči, da so ljudje zavrti, ker so jih nagrajevali za "napačen" tip vedenja, namesto da bi jih od njega odvrčali in jih nagrajevali za "pravilen" tip vedenja. Pri otroku je, denimo, izbruh jeze nagrajen, če otrok dobi kakšno igračo ali pritegne pozornost, zaradi česar je do izbruha tudi prišlo, in otrok se tako nauči, da so izbruh jeze uporabna strategija za reševanje problemov. Če pa starši takšno vedenje ignorirajo in namesto tega najdejo način, da nagradijo otroka za lepo obnašanje, se otrok nauči, da je vljudnost boljša.

Zato moramo ljudem, ki so doživeli duševni stres, omogočiti, da se naučijo novega vedenja, za katerega bodo lahko nagrajani, in to v okolju, ki takšno učenje spodbuja. Sem sodijo programi učenja staršev, kako naj bodo s svojimi otroki bolj dosledni, vse do zelo natančnih programov učenja socialnih spretnosti za ljudi, ki so bili dolga leta v psihiatričnih bolnicah ter tako prikrajšani za

običajna družabna srečanja, zaradi česar so postali nezmožni normalnega socialnega vedenja (Hollin in Tower, 1986).

Zagovorniki psihologije ega ne zavračajo vseh sestavin psihoanalize, trdijo pa, da je tisti del nas, ki je v stiku z vsakdanjo realnostjo, treba utrditi, še zlasti, če smo nagnjeni k duševnemu stresu, saj duševni zlom dokazuje, da ego ni zmožen še naprej delovati kot komponenta, ki posreduje med nam vsem skupnimi impulzi in zahtevami socialnega sveta, s katerimi se vsi soočamo. Duševni zlom je pokazatelj tega, da so prevladali impulzi, ali pa da je prevladalo preveč obrambno vedenje (kadar iz strahu pred erupcijo nesprejemljivih želja zatremo tako impulzivno kot spontano družbeno sprejemljivo vedenje).

Ego lahko krepimo na več načinov, denimo s posvetovanjem, pri čemer oseba čuti, da ima podporo in spoštovanje pri poskusu ponovnega prevzema nadzora nad svojo realnostjo. Tudi to, da je v skupini z drugimi, ki so prav tako podlegli duševnemu stresu, lahko da osebi oporo in možnost, da doume, kaj je bilo narobe v njegovem/njenem življenju in kako bi v prihodnje bolje ravnala.

Pomemben vidik v sklopu psihologije ega je osredotočenost Erika Ericksona na *krizo* kot normalen način pomikanja iz ene faze običajnega človekovega razvoja v drugo.

Erickson je bil slaven psihoanalitik, ki ga je zanimala antropologija in ki je delal tako z otroci kot z odraslimi. Postavil je univerzalni model človekovega razvoja skozi vse življenje, ki je sestavljen iz osmih faz. V vsaki izmed faz ima oseba možnost, da napreduje v skladu z vrsto nalog in vlog, ki so s to stopnjo povezane (denimo zaupanje versus nezaupanje v prvi fazi, ko se otrok na temelju svojih izkušenj odloča za svojo osnovno pozicijo, in sicer, ali bo zaupal drugim ali ne). Uspešen sklep ene faze omogoči osebi, da se pomakne v naslednjo fazo; neuspešen sklep pa lahko povzroči, da ostane oseba blokirana (pripeta) na stopnji, ki ne ustreza njeni kronološki starosti in s tem tudi ne socialnim pričakovanjem od te osebe, ki se poleg tega v veliki meri spremenijo v njena osebna pričakovanja. Erickson je postavil domnevo, da gremo na točki prehoda iz ene v drugo fazo skozi normalno krizo, ki se izraža v tem, da smo negotovi vase, zmedeni, nesrečni in da iščemo nove načine za dobro počutje in sožitje (Erickson, 1951, Golan, 1982).

Pomen zamisli o normativni krizi je predvsem v *normalizaciji* velikega števila lažjih oblik duševnega stresa ter v tem, da sprejmemo dejstvo, da se to dogaja mnogim, ker gre za del procesa odraščanja. Poleg tega je poudarek na *človekovi zmožnosti, da se spremeni, da prav v takem kriznem obdobju modificira svoje ideje in dejanja*, pripeljal do tega, da so poskusili s *krizno intervencijo*, ki se je usmerila v pomoč ljudem na začetku krize ter na delo z ljudmi v njihovem okolju, namesto da bi jih poskusili hospitalizirati ali prišli do sklepa, da je z njimi treba

delati leta in leta (Scott, 1980, Mitchell, 1990).

Tako se je začelo razvijati *preventivno delo* z ljudmi, ki so šli skozi običajne izkušnje izgube. Sem spada delo z materami nedonošenčkov, ki so se počutile slabo, ker so rodile nepopolne otroke, bile pa so tudi zaskrbljene za njihovo prihodnost (Caplan, 1959); delo z osamljenimi ljudmi, zlasti vdovami, za katere vemo, da so v precejšnji nevarnosti, da jih prizadene telesni in duševni stres (Parks, 1967). Pripravljanje ljudi na upokožitev je še en dokaz, da se zavedamo pomena normativne krize.

Čeprav se je duševno zdravje v skupnosti zgodovinsko razvilo iz vedenjsko modificirane psihologije ega, bi se lahko vanjo vključili tudi drugi psihološki vidiki. Sedaj sicer nimam časa, da bi se poglobljala v te možnosti, toda morda boste to storili sami s svojimi učitelji, zdaj ali v poznejši fazi.

Medtem ko tako vedenjska terapija kot psihologija ega poudarjata povezavo med duševnim stresom in njegovimi psihološkimi in psihosocialnimi komponentami, pa obe usmeritvi ostajata trdno v mejah psihološke perspektive, zlasti ko govorita o tem, zakaj ljudje doživijo duševni stres in kako jim je treba pomagati. Ta psihološka perspektiva lahko vključuje posameznike, skupine in družine, vendar pa ne ponuja sociološkega razumevanja ali uporabe bolj socialno usmerjenih metod dela.

Poleg tega usmeritvi ne upoštevata, da obstaja velika verjetnost konflikta med interesi posameznika in interesi družbe, saj ne priznavata možnosti namernega ali nenamernega družbenega pritiska. Predvideva se, da je socialni konformizem vselej zaželen in da ni potrebno spreminjanje družbe; spreminjati se morajo le posamezniki, pa čeprav s socialno in profesionalno pomočjo.

V psihiatričnem sistemu se ne problematizira vprašanja *družbenega nadzora*, posledica tega pa je ignoriranje stalnega protislovja vsakega psihiatričnega sistema, protislovja med skrbjo in nadzorom, in tudi vprašanja moči, ki je neenakomerno porazdeljena med klienti in profesionalci, med različnimi profesionalci ter med profesionalci in tistimi, ki krojijo politiko.

*Politična* dimenzija je v okviru teh dveh usmeritev povsem prezrta, prav tako pa se tudi ne posveča dovolj pozornosti organiziranju služb, ki bi bile najprimernejše za to, da poskrbijo za tiste vrste intervencij, ki jim uporabniki dajejo prednost.

#### *Baza sociološkega znanja*

Ena sestavina te baze je razlaga epidemioloških podatkov. Pomaga nam razumeti, zakaj med ljudmi, pri katerih je velika možnost, da jih bo prizadel duševni stres (zlasti hujše oblike stresa), prevladujejo starejši ljudje, revni ljudje, ženske in nekatere etnične manjšine. Podatki potrjujejo teorijo, da je tudi

človekov socialni položaj povezan s stopnjo verjetnosti, da bo človek žrtev duševnega stresa; čim bolj so ljudje socialno podcenjeni, tem več je možnosti, da bodo doživeli stres.

Naprej so podatki o intervencijskih metodah pokazali, da revne in domnevno neartikulirane ljudi zelo pogosto zdravijo samo z velikimi dozami zdravil. Tako se socialna nepravilnost odraža tudi v psihiatriji.

Zagovorniki duševnega zdravja v skupnosti so se tega zavedli in so hoteli zmanjšati stopnjo socialne nepravilnosti tako, da so se osredotočili na delo z *ogroženimi*, se pravi s skupinami ljudi, katerih socialni položaj je tak, da obstaja nevarnost, da postanejo žrtve duševnega stresa. Tak primer je, denimo, delo z mladostniki, ki se je začelo v 50. in 60. letih: z mladostniki iz razpadlih družin, revnih sosesčin, iz črnih etničnih manjšin. To delo ni bilo zgolj psihiatrica ali psihologizacija njihovih težav, čeprav je bilo včasih tudi to. Šlo je predvsem zato, da ti ljudje dobijo priložnost, da se povežejo s širšo družbo na pozitiven način, iz pozicije večje enakopravnosti, ki so jo dosegli z dodatnimi izobraževalnimi ali poklicnimi programi.

Drug niz epidemioloških podatkov, o katerih imamo zdaj več informacij, govori o vplivu imigracije in naravnih katastrof ter katasrof, katerih povzročitelj je človek. V nacističnih koncentracijskih taboriščih, kjer je bil boj za fizično preživetje tako trd, da je potisnil v ozadje vse drugo, je zelo malo ljudi doživelo hud duševni stres. Toda v potresih, letalskih nesrečah in vojni marsikdo razvije poseben tip duševnega stresa, ki ga je večinoma mogoče uspešno odpraviti s krizno intervencijo. Pred kratkim mi je kolega iz Armenije povedal zgodbo o petnajstletnem dečku, ki je pozabil, da je imel brata, potem ko je ta leta 1988 umrl v potresu. Potrebna sta bila dva meseca dela z njim, pogovorov, ne o tem, kar je bil pozabil, temveč o tem, česar se je bil pripravljen spominjati v zvezi s potresom in s svojimi takratnimi odnosi z družino, preden se je mogel spontano spomniti, da je imel brata, in za njim žalovati.

Naslednja pomembna naloga sociologije je raziskati, kaj pomeni beseda "*skupnost*". Danes se zavedamo geografskih vezi, kulturnih vezi, gospodarskih vezi in skupnosti, ki jih povezuje skupen interes, vse to pa predstavlja našo željo, da bi pripadali kolektivu, pa tudi naše pravice in odgovornost do skupnosti ter pravice in odgovornost, ki jih ima skupnost do nas. Čim bolj se družba industrializira in urbanizira, bolj problematičen postaja pojem skupnosti, čeprav se zdi, da se želja po pripadnosti ne zmanjšuje (Bulmer, 1987).

Še ena sestavina sociološkega znanja, ki vam ni tuja, je *interakcijska sociologija*, trdno povezana z imenoma Goffman in Scheff. Pravzaprav gre za tri sklope.

Prvi se ukvarja z trajnimi posledicami tega, da veljaš v očeh drugih za duševno bolnega (se pravi s stigmo, etiketo, obsojenostjo na življenje duševnega bolnika,



v katerem sta socialna in osebnostna identiteta osebe tako popolnoma podrejeni vseobvladujočemu statusu "duševnega bolnika", da se zavračajo vsi drugi statusi, vloge in identitete).

Drugi sklop se ukvarja z vzroki za ta pojav na družbeni ravni in s tipom organizacijskega sistema, ustvarjenega, da bi dajal občutek varnosti tistim, ki se čutijo ogroženi od žrtev duševnega stresa. Najboljši primer je psihiatrična bolnica (TOTALNA INSTITUCIJA). Spoznanje o tem nas sili, da v organizacijskih strukturah ne vidimo le odraza birokratske logike, ampak tudi odraze družbene prevlade, nadzora in izbire, ki jih lahko spremenimo in ki niso neizogibni in sami po sebi dani (Rohrman, 1971).

Tretji sklop povezuje študije profesionalcev, ki delajo v zdravstvenih sistemih, v katerih se njihovo profesionalno vedenje dojema in analizira v skladu s socialnim kontekstom, znotraj katerega delujejo in v katerem so soodvisni socialni akterji in ne tako imenovani "znanstveni in objektivni" igralci.

Scheffova klasična študija o psihiatrih, ki raje igrajo socialno varno igro, kot da bi tvegali ter pustili ljudem njihovo svobodo ter vse, kar sodi zraven, kaže na to, da psihiatri niso zlobneži, ki hočejo nadzorovati uboge žrtve duševnega stresa, ampak le ljudje, ki delujejo v skladu s svojimi socialnimi pooblastili. Ta pooblastila jim je dala družba potem, ko so se sami socializirali v dolgotrajnem procesu profesionalnega usposabljanja. Podoben trend lahko opazimo zdaj pri britanskih socialnih delavcih, ki jim zakon daje pravico sodelovati pri odločitvah o prisilnem zdravljenju v psihiatričnih bolnišnicah ali na psihiatričnih oddelkih (Langan, 1991). Tako igra sociologija medicine, skupaj s sociologijo poklicev, zanimivo vlogo pri našem razumevanju socialnih aspektov sistemov duševnega zdravja.

Precej sociologov, med njimi tudi Castel in Castel (1982), je kritiziralo nove organizacijske strukture in vsebino duševnega zdravja v skupnosti, in o tem bom govorila, ko pridemo do glavnih rezultatov duševnega zdravja v skupnosti.

Tako je *glavno kritiko* tradicionalnega zdravniškega modela - psihiatrije -, kot tudi kritiko duševnega zdravja v skupnosti, prispevala sociologija (ter eksistencialistična psihologija in filozofija).

#### *Stična točka*

Med drugo svetovno vojno je prišlo do zgodovinskega trenutka, ko sta se srečala in spremenila naše psihološko in sociološko umevanje duševnega stresa, in tako je nastal konceptualni in profesionalni okvir za duševno zdravje v skupnosti. Za to, da je duševno zdravje v skupnosti postalo nacionalna politika, je bilo potrebno spremeniti tudi odnos javnosti ter predvsem odnos naših politikov.

Med drugo svetovno vojno, ko so delali z vojaki, žrtvami vojne travme, ter z evakuiranimi otroci, ki jih ni bilo mogoče imeti za "duševno bolne", so potekali tudi poskusi z ljudmi, ki so že bili hospitalizirani, zdaj pa so jih premestili na odprte oddelke zunaj bolnišnic (ker so bolnice potrebovali za ranjene vojake). Tako so profesionalci in javnost prišli do stopnje, ko so bili pripravljeni priznati, da večina ljudi, žrtev duševnega stresa, ne potrebuje ločenega zdravljenja, in da jim gre prav tako dobro (ali bolje) brez tega. To je bil tudi dodaten bonus za politike, ki so upali, da bo za žrtve duševnega stresa potrebno nameniti manj denarja, če jih ne bo treba zapirati v psihiatrične bolnišnice.

Jones je trdil (1972), da je profesionalce in javnost v to, da je možno in zaželeno zmanjšati hospitalizacijo ter nuditi storitve predvsem v skupnosti, prepričal predvsem pojav psihotropičnih drog, skupaj z izkušnjami politike "odprtih vrat". Problem tega argumenta je bil, da so se droge v šestdesetih letih, desetletje po tem, ko so jih vpeljali v duševno zdravje v skupnosti, začele uživati množično.

Scull (1978) je trdil, da je bila želja prihraniti denar sploh edina motivacija, ki je botrovala ameriškemu in britanskemu premiku v smeri duševnega zdravja v skupnosti, zlasti zapiranju psihiatričnih bolnišnic.

Busfield (1986) in jaz sama (Ramon, 1985) pa sva menila, da sta britanska in ameriška vlada dejansko porabili za službe za duševno zdravje v povojnem obdobju več denarja kot kdaj koli prej, kar kaže na to, da je bila motivacija bolj kompleksna od gole želje, da bi prihranili na račun skupine ljudi, ki v očeh večine vlad velja za socialno neproduktivno. Moja trditev je bila, da gre zahvala za to deloma izkušnji vojne in optimističnemu valovanju ob koncu vojne, pa tudi boju za premoč med različnimi profesionalci v duševnem zdravstvu ter bolj psihološkim pogledom na vsakdanje življenje, vključno z duševnim stresom, kar je prisililo profesionalno manjšino, da je pritisnila na politike.

Tako imamo eno zgodovino in celo vrsto različnih interpretacij. Duševno zdravje v skupnosti so vpeljevali na različne načine: z družabnimi klubi in dnevnimi centri v Veliki Britaniji, s centri za duševno zdravje v skupnosti v Severni Ameriki, s krizo služb na Holandskem, če omenim samo nekaj različic.

Mejnik je bil akt o ameriških centrih za duševno zdravje v skupnosti, ki ga je leta 1963 podpisal John F. Kennedy. To je pomenilo ustanavljanje teh centrov z velikodušno pomočjo zvezne vlade v mnogih ameriških državah. Pa vendar, kot ugotavljata Mosher in Burti (1989), je zaživelo komaj 200 od 2000 načrtovanih centrov, in treba bi se bilo vprašati, kaj se je zgodilo z ostalimi 1800 centri.

Centri, ki so jih v začetku vodili psihologi, so se usmerili v delo z ljudmi z manjšo ali srednjo stopnjo duševnega stresa, in se z ljudmi, ki so prišli iz psihiatrične

bolnice, skorajda niso ukvarjali.

Konec šestdesetih in začetek sedemdesetih let je v Severni Ameriki prišlo do množičnega in hitrega zapiranja psihiatričnih bolnišnic, ki mu je načeloval Ronald Reagan, takratni guverner Kalifornije. Zelo malo vemo o tem, kako je ta proces potekal, ali o tem, kaj se je zgodilo z osebjem, ki je v bolnicah delalo. O tem ne obstaja nobena raziskava. Ljudi iz bolnišnic so preselili v slabše četrti in jim dodelili majhno rento iz sklada za socialno varnost. Konec sedemdesetih in začetek osemdesetih let je približno tretjina te populacije prešla v kategorijo brezdomcev ali zapornikov, ali pa kar v obe (Brown, 1985).

Zaradi tega je bilo slišati, da duševno zdravje v skupnosti ne deluje; da deinstitucionalizacija (to je zapiranje bolnišnic) ni prava pot in da so ljudi, ki so jih odpustili iz bolnišnic, zanemarili. Močan lobi sorodnikov (AMI) je imel občutek, da je ostal brez pomoči profesionalnih služb in da je vse breme padlo na njegove rame. To je lahko v državi, kjer se zdravstveno nego plačuje neposredno z zavarovalnimi policami, zavarovalnice pa večinoma nočejo plačevati za dolgotrajne storitve, emocionalno, socialno, pa tudi finančno zelo težko breme.

Naslednja faza ameriškega duševnega zdravja v skupnosti je začetek podpornega sistema v skupnosti (Community Support System), namenjenega samo ljudem s trajnimi duševnimi težavami, saj je zvezna vlada dala državam denar, da bi razvile programe, osredotočene na to skupino klientov. Le tisti, ki so jih opredelili kot "težke duševne bolnike", so imeli pravico do pomoči teh programov. Programi ponujajo kombinacijo *oskrbovalnega managementa*, skupaj z različnimi drugimi storitvami, pač po potrebi (Turner in Ten-Hoor, 1978).

#### *Elementi podpornega sistema v skupnosti*

1. Odgovoren tim
2. Stanovanjska oskrba
3. Oskrba v sili
4. Zdravniška oskrba
5. Prehodna stanovanjska skupina
6. Nadzorovana (podporna) stanovanja
7. Izvenbolnišnična terapija
8. Poklicno usposabljanje in možnosti
9. Socialne in rekreacijske možnosti
10. Pozornost družine in mreže

Zanimiva značilnost tega sistema je letna konferenca delničarjev, ki jo sponzorira

zvezna vlada. Med delničarji so uporabniki služb in njihovi sorodniki, pa tudi profesionalni in neprofesionalni oskrbovalci služb in predstavniki skupnostnih skupin. Namen letnega srečanja je izmenjati poglede na probleme in dosežke preteklega leta, pa tudi delovati kot zveza in kot skupina, ki lahko vrši politični pritisk. Ena od lekcij, ki smo se je naučili iz zgodnjih pobud je verjetno ta, da je treba imeti *politično podporo* in da je v to treba investirati.

Programi, ki so jih razvili v sklopu podpornega sistema v skupnosti so dragi, ker zahtevajo intenzivno delo, saj je dokazano, da ljudje z trajnimi duševnimi težavami potrebujejo stalno pomoč, in to na številnih ravneh. V marsičem so ti programi tudi nadzorni, saj morajo biti ljudje del programa, da znajo iz njega kaj pridobiti, in ker službe prodrejo v skoraj vse sfere njihovega življenja.

Stalno ocenjevanje programov je tudi pokazalo, da je potrebna kontinuiteta ter da so še vedno cenejši od postelj v bolnišnici.

Čeprav je bil britanski razvoj v marsičem drugačen od ameriškega, pa so na tej točki podobnosti postale bolj očitne kot v preteklosti, saj britanski politiki - v manjši meri pa tudi britanski profesionalci - iščejo zglede pri Združenih državah. Tako zdaj v Veliki Britaniji promovirajo oskrbovalni management kot nov in obetaven način dela, ekspliciten je poudarek na klientih, ki potrebujejo stalno skrb (britanski izraz za ljudi s trajnim duševnim stresom), in v zadnjih petih letih je bilo ustanovljenih veliko centrov služb duševnega zdravlja v skupnosti.

Britansko prizorišče je v marsičem drugačno od ameriškega:

1. Za večino zdravstvenih storitev ni treba posebej plačevati, ker ima vsak državljani pravico do nacionalnih zdravstvenih služb.
2. Psihatri so tako znotraj kot zunaj bolnišnic daleč najmočnejša skupina.
3. Socialni delavci so dosti močnejša skupina kot psihologi, pa tudi močnejša skupina od svojih ameriških kolegov, če govorimo o vplivu.
4. Javni sektor je še vedno največji oskrbovalec služb, sledi mu prostovoljni sektor. Komercialni sektor je zelo majhen, usmerjen zlasti na stanovanjske in zaprte zmogljivosti za ljudi, ki veljajo za "nevarne".
5. Zapiranje psihiatričnih bolnic se je začelo šele sredi osemdesetih let; razlogov zato je bilo več, med drugim tudi odpor profesionalcev in pomanjkanje finančne stimulacije zdravstvenim oblastem za prenos proračuna iz bolnišnic v skupnostne službe. Celotno danes, ko se piše leto 1992, porabijo v skupnostnih službah komaj 30% celotnega proračuna, namenjenega službam za duševno zdravje, čeprav se 90% intervencij opravi zunaj bolnišnice.

Proces zapiranja bolnišnic je bil v Veliki Britaniji povsem drugačen od tega procesa v Ameriki, pa tudi drugačen od italijanskega modela (razlaga in primeri

pridejo na vrsto na seminarjih o deinstitucionalizaciji in normalizaciji).

6. Centri služb za duševno zdravje v skupnosti se pojavljajo šele od leta 1985. Že zdaj pa se kažejo osupljive podobnosti z ameriškimi centri, posebno v tem, da dajejo prednost milejšim oblikam duševnega stresa (Patmore in Halford, 1991).

7. Narašča vpliv neposrednih uporabnikov služb in neformalnih oskrbovalcev, predvsem na profesionalce, manj na vlado. Obe skupini hočeta, da službe ostanejo javne, in nasprotujeta komercializaciji služb, vendar pa bi vsaka skupina želela svoj model, ki se radikalno razlikuje od drugega: uporabniki se navdušujejo nad službami s čim manjšo profesionalno intrevencijo, medtem ko dajejo profesionalci prednost službam, kjer so sami v večini.

7. Čeprav se je britanska izkušnja razvila iz socialne psihiatrije štiridesetih, petdesetih in šestdesetih let, le redko kje v javnih službah prakticirajo terapevtske skupnosti in pogovorne terapije (več o tem bomo povedali na seminarju o deinstitucionalizaciji in normalizaciji).

Glavni rezultati duševnega zdravja v skupnosti do danes:

- Žrtev duševnega stresa večinoma ni treba ločevati, od krize si lahko opomorejo v skupnosti, v nekaterih primerih lahko krizo napovemo in preprečimo (denimo normalno krizo).
- To področje je usmerjeno k psihološkim in socialnim metodam intervencije; tako je mogoče pomagati večini. K tem metodam sodi delo s posamezniki, družinami, skupinami in skupnostmi.
- Kadar delamo z žrtvami duševnega stresa, moramo misliti na zadovoljitev vseh njihovih potreb (telesnih, duševnih, socialnih in intelektualnih). Vendar pa lahko taka pozornost poveča odvisnost in nadzor.
- Na tem področju je dovolj prostora za interdisciplinarno delo, pa tudi za neprofesionalce in skupine v skupnosti. Pravi konflikti in nasprotovanja obstajajo med različnimi disciplinami ter med profesionalci in neprofesionalci.
- Dovolj prostora je za sodelovanje med uporabniki služb, njihovimi sorodniki in profesionalci. A tudi tu, kakor pri interdisciplinarnem delu, prihaja do konfliktov.
- Profesionalci v duševnem zdravju se nagibajo k temu, da dajejo prednost delu z žrtvami milejših oblik stresa, na škodo tistih s hujšimi oblikami stresa, razen če je na slednjih poseben poudarek. Duševno zdravje v skupnosti ni znalo zadovoljiti potreb te skupine klientov, deloma tudi zaradi pomanjkanja motivacije pri prenosu služb iz bolnišnice v skupnost.
- Eksplozija pogovornih terapij je rezultirala v naraščanju socialnega nadzora

nad človekovo subjektivnostjo in zasebnostjo, pa tudi v upadanju motivacije za kolektivno akcijo;

- Čeprav je učinkovitost psiholoških in socialnih metod dokazana, ostaja zdravljenje prevladujoči način intervencije, kljub temu, da se vedno bolj zavedamo škodljivega učinka, ki ga ima dolgotrajno uživanje večine blažjih in močnejših pomirjeval, pa tudi izredno kratkotrajnega učinka zdravil (Mujen, 1987, Holloway, 1988)

## Reference

- M. Bulmer, *The Social Base of Community Care*, Blackwell, 1987
- P. Brown, *The Transfer of Care*, RKP, 1985
- J. Busfield, *The Management of Madness*, Hutchinson, 1986
- G. Caplan, *Concepts of Mental Health and Consultation*, Children Bureau Publications, 1959
- R. Castel, F. Castel, A. Lovell, *The Psychiatric Society*, Columbia University Press, 1982
- E. Erickson, *Childhood and Society*, Penguin, 1951, 1982
- I. Goffman, *Asylum*, Penguin, 1961
- I. Goffman, *Stigman*, Penguin, 1963
- N. Golan, *Passing through Transition*, Columbia University Press, 1982
- H. Hartman, "Ego psychology and the problem of adaptation" v: D. Rappaport (ur.), *Organization and Pathology of Thought*, Columbia University Press, 1951
- C. Hollin, T. Trower, *Handbook of Social Skills Training*, Pergamon Press, 1986
- F. Holloway, "Prescribing for the long-term mentally ill: a study of treatment practice", *British Journal of Psychiatry*, 1988
- B. Hudson, E. MacDonald, *Behavior Modification in Social Work*, Macmillan, 1986
- K. Jones, *The History of the mental health services*, RKP, 1972
- J. Langan, "A re-evaluation of ASW activities", *Community Care*, October - November, 1991
- A. Lavender, F. Holloway (ur.), *Community Care in Practice: Services for the Continued Care Client*, Wiley
- R. Mitchell, "The role of social workers in a crisis intervention team, v: J. Cohen, S. Ramon (ur.), *The 1983 Mental Health Act: Innovation and Dilemmas*, BASW publications, 1991
- L. Mosher, L. Burti, *Community Mental Health: principles and practice*, Norton, 1989
- M. Muijen, "The use of psychotropic drugs in British Hospitals", *British Journal of Psychiatry*, 1987
- C.M. Parks, *Bearvement*, Penguin (1967)
- C. Patmore, C. Halford, *Community Mental Health Teams*, Good Practices in Mental Health
- S. Ramon, *Psychiatry in Britain: Meaning and Policy*, Croom Helm, 1985
- D. Rothman, *The Discovery of the Asylum*, Little Brown, 1971
- T. Scull, *Decarceration*, Prentice Hall, 1978
- T. Scheff, *Being Mentally Ill*, Aldine, 1967
- R.D. Scott, *A family oriented psychiatric service to the London Borough of Barnet*, *Health Trends*, 12, 66-68, 1980
- J. Turner, W. Ten-Hoor, "The NIMH Community Support programme: Pilot Approach to a needed social reform", *Schizophrenia Bulletin*, 4, 319-348, 1978