

Univerza v Ljubljani
Fakulteta za socialno delo

**Skupnostni pristop k duševnim stiskam
povezanih s kaznivim dejanjem**

Diplomsko delo

Mentor: dr. Vito Flaker

Gordana Gavrić

Ljubljana, 2016

PODATKI O DIPLOMSKI NALOGI

Naslov diplomske naloge: Skupnostni pristop k duševnim stiskam povezanih s kaznivim dejanjem

Kraj: Ljubljana

Leto: 2016

Število strani: 52

Število slik: 2

Mentor: dr. Vito Flaker

Ključne besede: duševne stiske, kazniva dejanja, dezinstitutionalizacija, institucionalizacija, skupnostni pristop, človekove pravice, nalepke

POVZETEK

Ko pomislimo na duševno bolezen in kaznivo dejanje se večina ljudi strinja, da je taka oseba nevarna za družbo zato mora biti kaznovana za svoja dejanja. Ta misel je razvejana na dve trditvi, in sicer »če je duševni bolnik se mora zdraviti v psihiatrični bolnišnici, če je storil kaznivo dejanje pa mora biti v zaporu«.

Začela se je razvijati ideja kako združiti obe stroki, da bi lahko osebo zdravili zaradi njenega *bolezenskega stanja* in *dejanja* v času neprištevnosti. Odločili so se za forenzični oddelek, ki je kombinacija dveh disciplin. Na eni strani se srečujemo z institucijo, ki ščiti družbo pred "nevarno osebo", katero želijo kaznovati za storjeno dejanje, medtem ko je druga institucija odgovorna za "greh", torej za bolezensko stanje posameznika. V obeh primerih lahko vidimo, da so interesi institucije veliko bolj pomembni kot človek in njegove pravice. V nobenem primeru ni vprašljivo dejansko stanje človeka, kaj si on želi oziroma kako bi mu lahko z vključevanjem v skupnosti omogočili hitrejšo ozdravitev in mu pomagali, da se znebi tiste »nalepke«, da je duševni bolnik in kriminallec obenem.

Obe vprašanji združujeta dilemi - kakšen je torej odnos med duševno stisko in kaznivim dejanjem in kako organizirati pomoč ljudem z nalepko.

TITLE: Community approach on the mental distress associated with crime

Key words:: mental distress, criminal acts, deinstitutionalisation, institutionalization, community approach, human rights, labels

SUMMARY

When we think of mental illness and criminal behavior most people agree that such a person is a danger to society, therefore, he must be punished for their actions. This idea is branched into two arguments, namely "mental patient must be treated in a psychiatric hospital, the offender must be in a prison."

The idea began to develop how to combine the two disciplines to treat a person for her disease and acts committed in time of insanity. They decided for a »forensic department«, which is a combination of the two disciplines. On one side we encounter an institution which protects the "dangerous person" from society, which wants to punish for the offense while the other institution is responsible for the "sin", therefore, the disease state of the individual. In both cases, we can see that the interests of the institutions seem to be more important than the man and his rights.

In any case, it is undisputed facts of what a person wants and how he can integrate into communities enabling faster healing and help him to get rid of those "labels" that he is the mental patient and a criminal at the same time.

Both questions are joined into a dilemma - what is the relationship between mental distress and crime and how to organize support for people with a »label«.

Univerza v Ljubljani
Fakulteta za socialno delo

**Skupnostni pristop k duševnim stiskam
povezanih s kaznivim dejanjem**

Diplomsko delo

Mentor: dr. Vito Flaker

Gordana Gavrić

Ljubljana, 2016

KAZALO

KAZALO SLIK:.....	2
TEORETIČNI DEL.....	3
1. DUŠEVNO ZDRAVJE V SKUPNOSTI	3
1.1. DUŠEVNE MOTNJE.....	3
1.2. NASTANEK DUŠEVNIH MOTENJ IN SIMPTOMI.....	2
1.3. »DIAGNOZA«.....	4
1.4. KAKO POSTANEŠ »DUŠEVNI BOLNIK«.....	4
2. TOTALNA USTANOVA	6
2.1. ZNAČILNOSTI TOTALNE USTANOVE.....	8
2.2. ENOTA ZA FORENZIČNO PSIHIATRIJO	10
2.3. POSLEDICA ŽIVLJENJAV TOTALNI USTANOVI	11
2.4. POVEZAVA MED KAZNIVIM DEJANJEM IN DUŠEVNO BOLEZNIJO.....	12
2.5. ZDRAVSTVENA OBRAVNAVA	13
2.6. OBVEZNO ZDRAVLJENJE KOT VARNOSTNI UKREP.....	15
3. DEZINSTITUCIONALIZACIJA.....	17
3.1. ZGODOVINA DEZINSTITUCIONALIZACIJE	18
POGLJ PR MEN	18
4. STIGMA.....	22
4.1. VZROKI ZA STIGMO	22
4.2. POSLEDICA STIGME	23
5. SKUPNOSTNI PRISTOP	25
5.1. CILJI.....	26
5.2. SESTAVINE SKUPNOSTNE SKRBI.....	26
6. METODOLOGIJA	28
6.1. VRSTA RAZISKAVE	28
6.2. ŠTUDIJA PRIMERA-UTEMELJITEV IZBORA IN VIRI PODATKOV	28
6.3. PROBLEM	29
6.4. ZBIRANJE PODATKOV	29
6.5. ANALIZIRANJE IZBRANIH TEMATSKIH SKLOPOV	30
6.6. OPIS PRIMERA- INTERVJU Z dr. Lorenzom Toresinijem.....	30
6.7. VSEBINSKO KODIRANJE PO TEMATSKIH SKLOPIH	35
7. RAZRPRAVA IN SKLEPI	39
8. PREDLOGI	42
9. VIRI IN LITERATURA.....	43

KAZALO SLIK:

<u>SLIKA 1</u> : Prikaz totalne ustanove in njene značilnosti.....	6
<u>SLIKA 2</u> : Prikaz osebe kot subjekt(zločinec, ki je dejaven) in kot objekt (bolnik, ki je zaradi bolezni pasiven in trpeč).....	15

TEORETIČNI DEL

1. DUŠEVNO ZDRAVJE V SKUPNOSTI

Kot navaja Flaker (2001) je duševno zdravje v skupnosti relativno nov pojem za prakso, pri kateri specialisti iz različnih akademskih disciplin strmijo k skupnim ciljem. Njihov namen je izboljšanje položajev za uporabnike z duševno stisko, spreminjanje uslug in služb duševnega zdravja, ki bodo služile predvsem njihovim potrebam, željam in nujam. Želijo uveljaviti drugačno vrednotenje norosti in drugačnosti, odpraviti tiste procese, ki bi lahko kogarkoli pripeljali v krize in osebni propad pa tudi pripraviti ljudi za soočanje z življenjskimi izzivi.

»Duševno zdravje v skupnosti je kot prostor, kjer se srečujejo sociološke, psihološke, psihiatrične, zgodovinske, filozofske in druge teorije ter nenazadnje teorije socialnega dela. V skupnosti v prehodu iz institucionalne v skupnostno obravnavo duševnih stisk namreč najbolj determinirata koncepta dezinstitutionalizacije in normalizacije«. (Flaker,1995:15)

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) duševno zdravje definira kot stanje dobrega počutja, v katerem posameznik razvija svoje sposobnosti, se spoprijema s stresom v vsakdanjem življenju, učinkovito in plodno dela in prispeva v svojo skupnost. Duševno zdravje se oblikuje v družinah, šolah, na ulicah in delovnih mestih. Je rezultat tega, kako nas obravnavajo drugi in kako mi obravnavamo druge ter sami sebe. Zato je treba konvencionalni pristop, ki je zasnovan predvsem na zdravljenju duševnih bolezni, razširiti na celovit, večdimenzionalni pristop, ki ne bo usmerjen samo k duševnim boleznim, temveč tudi k duševnemu zdravju in njegovi promociji.

(Klanšček Jeriček et.al., 2009)

1.1. DUŠEVNE MOTNJE

»Pri obravnavi duševnih motenj je treba upoštevati več vzročnost njihovega nastanka. Z duševnimi motnjami povezana stigma ali označenost se počasi zmanjšuje, sodobno zdravljenje duševnih motenj postaja v osnovi enako obravnavi telesnih bolezni in stara delitev na duševno

in telesno se postopno izgublja. Sodobna psihiatrija ne išče »krivcev« za nastanek duševnih motenj, temveč skuša s poznavanjem vzrokov, ki so pogosto prepleteni, preprečiti nastanek psihopatoloških pojavov pri posamezniku, omiliti njihov potek in preprečiti nastanek dodatnih zapletov«. (Pregelj, 2013:82)

Med ljudmi lahko še vedno opazimo različna mnenja glede duševnih bolnikov.

Kot pravi Marušič (2009) duševne bolezni so bile, so in bodo obstajale še naprej, pri čemer jo pa najpogosteje razumemo v povezavi s prevladujočimi stališči v družbi. Že od nekdaj pa so bili duševni bolniki označeni, zapečateni in ožigosani. Stigmatiziranost onemogoča širjenje znanja o duševnih motnjah, njihovem ozadju in o možnostih, da se bolezen ustavi in popravi. Skozi zgodovino je potekala precej agresivno, kasneje asertivno, danes pa pasivno.

Lamovec (1999:103) navaja, »da ljudje, ki so preživeli psihiatrično izkušnjo, definirajo duševnega bolnika kot istega, ki je označen, psihiatriziran. Takšne osebe zaznajo izgubo nadzora ker jih opazujejo vsi - psihiater, prijatelji, družina. Živijo s stalno grožnjo, da jih zaprejo - kadar koli, zaradi skoraj katerega koli razloga. Jemati morajo zdravila, ki jih poneumljajo, mrtvičijo njihove čute, povzročajo opotekanje in grimase, posledično pa morajo jemati še več zdravil, za zmanjšanje stranskih učinkov. Nosijo oznako, ki se je nikoli ne morejo znebiti in ki pove malo o tem kaj in kdo je ta oseba«.

Ne glede na vse napredke, ki smo jih doživeli tako v medicini kot drugje je družba še vedno tista, ki o duševni bolezni ne ve prav veliko, zato na duševne bolnike gleda s strahom in predsodkom, da so nevarni, nepredvidljivi in zmedeni. Nekateri še vedno vztrajajo pri svojem prepričanju, da je »norost« bolezen, ki se je ne da ozdraviti.

1.2. NASTANEK DUŠEVNIH MOTENJ IN SIMPTOMI

Po navedbah Preglja (2013) lahko psihopatološke pojave razdelimo v skupine, in sicer na organske, funkcionalne in psihogene duševne motnje. Organske so tiste, s katerimi je mogoče ugotoviti objektiven dokaz prizadetosti možganov. Primer tega je demenca. V funkcionalno skupino uvrščamo tiste motnje, ki kažejo neravnovesje v možganskem tkivu in posledično zaradi tega povzročajo psihoze, depresijo ali manijo. V skupino psihogenih motenj lahko uvrščamo tiste dejavnike, ki so povezani s posameznikovo osebnostjo, trenutno situacijo ali osebno zgodovino.

»Opisi simptomov in znakov izhajajo iz dveh načel, ki se med seboj dopolnjujeta: bolezenski psihološki pojavi so lahko kvantitativna variacija običajnih duševnih funkcij, nekateri bolezenski pojavi so po svoji vsebini bizarni do te mere, da so patološki že sami po sebi«.

(Pregelj, 2013:100)

Na podlagi bolnikove osebne izkušnje, izpovedi in natančnega kliničnega intervjuja lahko ocenimo simptome, znake pa na podlagi načina komunikacije, vedenja in ravnanja. *Simptomi* so tisti, ki kažejo bolnikovo subjektivno doživljanje (strah, tesnoba, itd.), medtem, ko so *znaki* objektivne narave in neodvisni pojavi (posebna drža bolnika, krči, razpasli govor, itd.)

V večini primerov so znaki in simptomi tesno povezani med seboj, vendar jih zaradi lažje predstavljivosti razvrščamo v sklope duševnih funkcij:

- motnje zavesti,
- motnje pozornosti, koncentracije in orientacije,
- motnje spomina in inteligentnosti,
- motnje zaznavanja in predstavljanja,
- motnje mišljenja,
- motnje govorjenja in izražanja,
- motnje čustvovanja,
- motnje potreb, hotenja in volje,
- motnje motorike,
- telesni simptomi pri duševnih motnjah in motnje doživljanja telesa,
- impulzivno, avtoagresivno in heteroagresivno vedenje. (Kobal, 2009)

1.3. »DIAGNOZA«

Medicinski izraz za *diagnozo* je prepoznavanje in poimenovanje bolezni. Ko psihiater poda diagnozo ima ta drugačen pomen, saj nima nič skupnega z izrazom v medicini. Gre za sodbo, religijo oziroma prepričanje. Kot navaja Lamovec (1999:17) »psihiater ne ve nič o naravi fenomena, ki mu je podelil status »bolezni«. Tega statusa ne more dokazati, zato toliko bolj vneto širi svojo religijo«.

Njegov cilj je ozdraviti tisto, kar je sam razglasil za »bolezen« a se v tem pogledu ne zazre v osebo, ki stoji pred njim. Vse kar ga zanima je »njegov greh« ne pa človek. Zanimajo ga »simptomi« o katerih si bo vse do potankosti zapisal, ne bo pa pomislil na stisko, ki jo ima v ozadju, zaradi katere se je mogoče pojavil problem. Namesto opazovanja zunanjih »simptomov«, ki se kažejo v vedenju in govorjenju bi lahko zadevo poenostavili s tem, da bi človeku prisluhnil. (Lamovec,1999)

1.4. KAKO POSTANEŠ »DUŠEVNI BOLNIK«

Proces, ko oseba dobi nalepko »duševni bolnik« je precej zapleten. Po navadi se začne z okolico oziroma bližnjimi člani, ko le-ti opazijo »čudno obnašanje« svojca. Ko nenavadno obnašanje preseže meje strpnosti pomislijo na psihiatra, katerega mu tudi predlagajo. V kolikor oseba tega sama ne naredi počakajo na dogodek, ki bi lahko bil zadnji povod.

S svojim vedenjem prepriča okolico, da je »duševno bolan«, zato mu določijo prisilno hospitalizacijo. Velikokrat zadostuje napotnica splošnega zdravnika, ki osebe ne pregleda ampak vse »formalno« uredijo za prihod rešilca z uniformiranim osebjem. Ker se pa vse odvija zelo hitro oseba pogosto ne uspe vzeti s seboj niti najnujnejših pripomočkov za osebno higieno in oblačil.

Kmalu zatem ugotovi, da je zgubil večino zakonskih in človekovih pravic. Po prihodu v bolnišnico sledi pogovor, ki je navadno krajši od navadnega zdravniškega pregleda. Pogovor je sestavljen iz enostavnih vprašanj s katerim bi ugotovili časovno in prostorsko orientiranost osebe. Po končanem pregledu psihiater poda začetno »diagnozo«, ki je pogoj za pridržanje saj gre za »duševno bolezen«. Seveda je treba ugotoviti tudi »nevarnost« za sebe ali druge. Če psihiater ugotovi, da je bila oseba že prej hospitalizirana, še posebej če nekdo od svojcev potrdi spor ali nenavadno obnašanje, se ga precej hitro namesti na oddelek.

V trenutku ko je bila podana »diagnoza« mora bolnišnica v roku dveh dneh sporočiti na sodišče pridržanje brez privolitve, sodišče pa pošlje izvedenca, ki »sodbo potrdi« oziroma ovrže, vendar v izjemnih primerih.

Ko so urejene vse formalne zadeve se »bolnika« odpelje na sprejemni odderek, kjer mu odvzamejo lastna oblačila in mu oblečejo pižamo, ki je kot pravi Lamovec (1998:29) »razcefrana, pri čemer je zgornji del le po naključju velikosti kot spodnji, oba pa le toliko prilagojena velikosti uporabnika, da ju spravi nase«.

Ko je oseba nameščena mu sledi prisilno zdravljenje, kateremu se lahko podredi »prostovoljno« ali z injekcijo na brutalen način, ki je po navadi grob in precej hiter. Postopek se uporabi zato, da osebi oziroma uporabniku res postane jasno, da njegova beseda ne šteje več nič.

Zdravila na ljudi deluje tako, da postanejo poslušni. Kadar pride do krize se njena izrazitost zmanjša ravno zaradi teh zdravil, vendar pa na sam proces razreševanja ne vplivajo. Zmerna doza zdravil zadostuje, da je krizo ublažijo pa tudi stranski učinki so znosni, medtem ko pretirana količina osebo tako omami, da začne zgubljati zavest in razsodnost, ki ji je še preostala. Po vsaki dozi injekcije je oseba odmaknjena in nedostopna za pogovor, njeno govorjenje pa postane nerazumljivo.

Tisti del osebe, ki je bil še v stiku s stvarnostjo, izgine. »Od tod v veliki meri izvira občutek večine uporabnikov, da so »zares« znoreli šele v bolnišnici« Lamovec (1998:31).

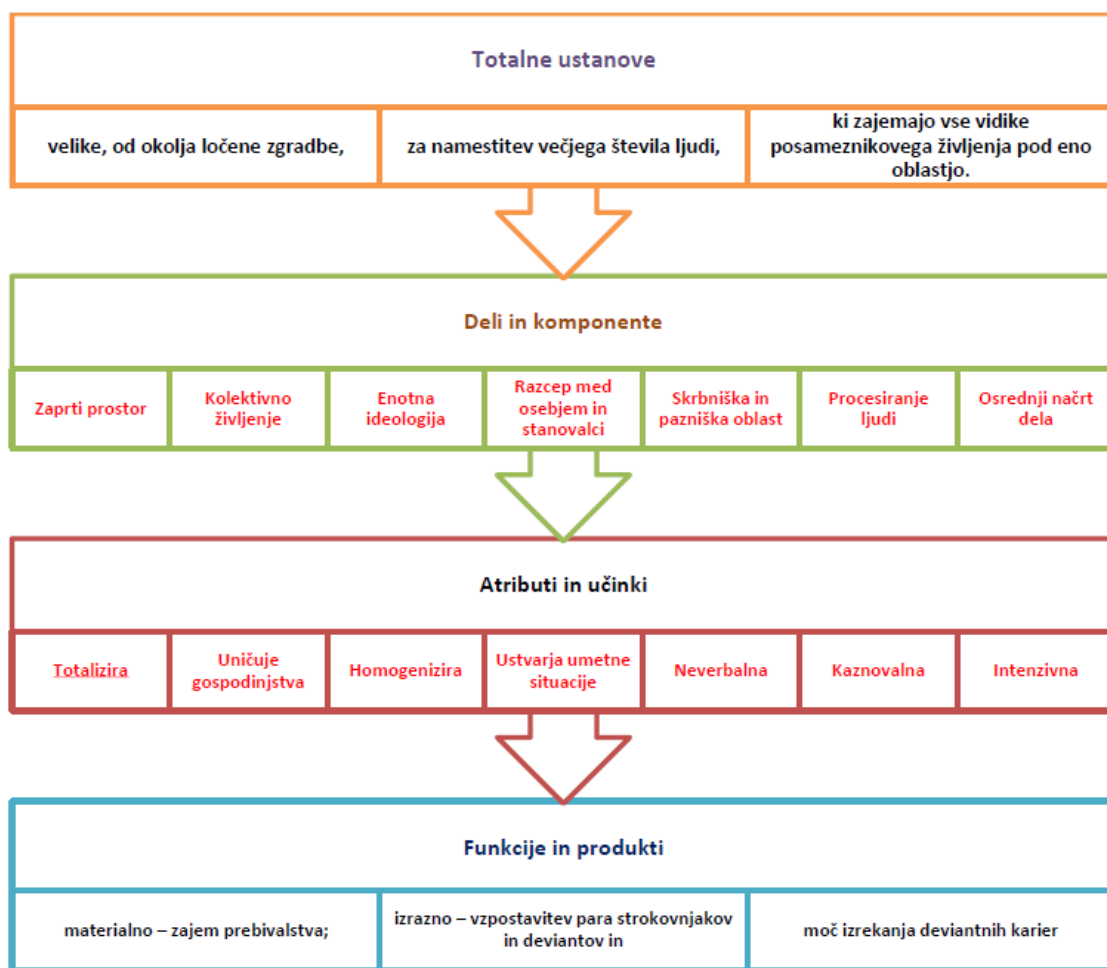
Da bi postal »duševni bolnik« sta nujno potrebna dva pogoja, in sicer na eni strani določeno *vedenje* osebe, na drugi strani pa *odziv drugih* na to vedenje. (Lamovec,1998)

2. TOTALNA USTANOVA

Ustanova ali *institucija* je družbena struktura, ki postavlja pravila za vedenje večje skupine ljudi znotraj katere redno potekajo neke dejavnosti.

Flaker (1998) navaja da so ustanove, ki so zagotavljale pomoč in oskrbo različnim družbenim skupinam obstajale že prej, v 19. stoletju, vendar so svoj razcvet doživele po drugi svetovni vojni.

»Funkcionira kot neko skladišče za varovance, po drugi strani pa mora javnosti nuditi podobo o sebi kot racionalni ustanovi, učinkovitem stroju za doseganje uradno priznanih ciljev varovancev«. (Flaker, Urek,1988:86)



Slika 1: Flaker (2015): Prikaz totalne ustanove in njene značilnosti

Med seboj se ustanove razlikujejo po stopnji socialne distance, ki jo predstavlja stopnja socialne in čustvene razdalje med osebjem in stanovalci. To se vidi po tem koliko je osebje nagnjeno k druženju s stanovalci, ali so družabni ali se stikom izogibajo in tudi po tem, ali so uniformirani ali nosijo civilna oblačila. Odnos do stanovalcev se kaže tudi skozi to, kako jih osebje naziva. Nazivanje po imenu predstavlja večjo domačnost, medtem ko nazivanje z *gospod* in *gospa* predstavlja ravno nasprotno. (Oxford v Mali,2008:147)

Evropske smernice definirajo totalno ustanovo z vidika človekovih pravic in dostojanstva uporabnikov, njihove kakovosti življenja in zdravja, samostojnosti in socialne vključenosti. Za institucijo so značilne izolacije stanovalcev, kolektivnost nastanitve, pomanjkanje vpliva in prevlada interesov organizacije nad interesi posameznika. (Flaker et.al.,2016)

V institucijah je čas uporabnikov navadno manj vreden kot čas zaposlenih, kar določa že njihov položaj. Ob vstopu v ustanovo stanovalci začnejo živeti čakajoči čas. Posledica tega je lahko, da stanovalci ostanejo na zaprtem oddelku, ker zaposleni nimajo časa. Prav tako je lahko čakanje na pogovor z zdravnikom dolgotrajen proces. Čas ustanove je dejansko prilagojen zaposlenim in njihovem urniku.

»Zaposleni živijo zunaj zavoda, hodi na počitnice in ima obveznosti zunaj zavoda. Stanovalci tega nimajo. Za njih življenje v zavodu predstavlja realnost, zunanji svet pa nekaj zelenega. Predstavlja jim sinonim za svobodo. (Zaviršek, 2000:102)

Institucije ne določa le večje število uporabnikov na enem mestu in velikost zgradbe, temveč predvsem institucionalna kultura, saj tudi če so oskrbne strukture majhne, se v njih pojavijo značilnosti institucionalnega življenja. (Flaker et.al.,2016:3)

.

2.1. ZNAČILNOSTI TOTALNE USTANOVE

Večina ustanov - ene manj druge več-zajemajo čas in zanimanje svojih članov ampak tista ustanova, ki zajema vse vidike v življenjskem krogu posameznika(zabava, rekreacija, delo ipd.) jim Goffman pravi totalne ustanove. Pregrade oziroma simbol zajetosti, ki jih ustanova postavi medse in zunanjim svetom so visoki zidovi, gozdovi, močvirja in bodeče ograje.

(Goffman v Flaker,1998)

Tudi pri nas lahko opazimo, da so zavodi odmaknjeni od skupnosti. Nekateri so ograjeni z ograjami in mrežami, pri drugih je ta meja manj opazna vendar je dostopnost težja, zato je potreba po ograji odvečna. Slab glas takih zavodov prav tako postavi pomembno vlogo med stanovalci in skupnostjo. Zagotovo lahko rečemo, da tudi sam zavod izolira ljudi od skupnosti, ker želi na enem mestu zagotoviti vse potrebe ljudi, kot da človek nima potrebe po tem, da bi se vključeval v skupnost. Prav tako so tukaj tudi ovire, ki jih postavi med sabo in skupnost, kar tudi fizično otežijo človeku pot v skupnost.

Totalne ustanove Goffman razvrsti v pet skupin. V prvo skupino uvrsti tiste osebe, ki imajo določene ovire ampak ne predstavljajo nevarnosti za skupnost. To so domovi za slepe, domovi za revne, sirotišnice za otroke in domov za starejše občane. V drugo skupino postavi tiste osebe, ki ne morejo skrbeti sami zase ampak za skupnost predstavljajo določeno grožnjo, kot na primer psihiatrične bolnišnice in bolnišnice za tuberkulozne. Tretja skupina totalnih ustanov zaščiti skupnost pred tistim, kar je definirano kot namerno povzročena škoda. Tukaj uvršča zapore in koncentracijska taborišča. V četrti skupini so ustanove za izvajanje določenih nalog kot so internati, delovni tabori, vojašnice in ladje. Namen pete skupine ustanov pa je umik od skupnosti in so v večini primerov povezane z religijo. Za tako ustanovo je značilen samostan. (Goffman v Flaker, 1998)

Totalna ustanova je družbeno dejstvo, ki ga je mogoče opisati, analizirati njegovo strukturo, hkrati pa je ta struktura izkustvena. Izkusimo jo takoj, ko vanjo vstopimo, prav zaradi razlike med vsakdanjim, normalnim življenjem in delovanjem totalne ustanove. (Flaker, 1998:19)

Temeljne značilnosti takih ustanov Goffman opisuje, kot da vsi vidiki življenja potekajo na istem kraju pod isto oblastjo. Vse dejavnosti potekajo vpričo velikega števila ljudi , ki jih vse enako obravnavajo in vsi delajo isto stvar. Obstaja tudi urnik, ki ga vsiljujejo uradniki s

sistemom pravil, da razne vsiljene dejavnosti sestavljajo enotni načrt z namenom, da bo dosežen cilj ustanove. Te značilnosti so povezane z večjim številom ljudi ne glede na to ali je to v dani situaciji učinkovito ali nujno. Totalne ustanove imajo nadzorovalno osebje, ki nadzorujejo številne varovance. Med njimi je opazna globoka in očitna razlika. Osebje je v ustanovi toliko časa kolikor traja njihov delavnik, po tem pa normalno živijo in se vključujejo v družbo zunanjega sveta. Osebje varovance doživlja kot zagrenjene in zarotniške, kot osebe, ki niso vredne zaupanja, medtem ko so varovanci zaznali osebje kot poniževalno in zlobno, tudi ošabno, ker lahko izvajajo svojo moč. Med osebjem in varovanci je velika socialna razdalja.

Vstop v totalno ustanovo ne pomeni, da bo lahko človek nadaljeval s svojo kulturo, navadami in pojmovanjem sebe, kot je bil navajen. Kvečjemu bi lahko rekli, da bo deležen diskulturizacije, kar bo prineslo tudi posledice. Njegov dolg izostanek iz družbenih tokov bo verjetno prinesel samo to, da bo človek nesposoben za upravljanje z nekaterimi življenjskimi vidiki. Biti zaprt znotraj neke ustanove je brez vsakega pomena, če ne obstaja možnost priti ven. (Flaker,1988)

Značilnost, ki se je ohranila vse do danes je namen ustanove, da ljudi umakne in »pospravi« pred očmi družbe. Vedno je veljalo pravilo, kar ne vidiš, ne obstaja. Tako je tudi v totalnih ustanovah. Uporabniki obstajajo in ne obstajajo obenem v istem trenutku, tako za družbo kot tudi za osebje v ustanovi ali celo sami zase. Njihovo življenje ni več njihovo, ker pripadajo instituciji zato je posledično njihovo življenje, življenje institucije. Z načinom dela znotraj institucije prisilijo uporabnike, da se prilagodijo ali zamenjajo osebnost v celoti. Na ta način izgubijo lastno osebnost.

2.2. ENOTA ZA FORENZIČNO PSIHIATRIJO

»Forenzična psihiatrija je veja psihiatrije, ki deluje na stičišču dveh, načeloma nezdružljivih strok: pravosodje in psihiatrija. Je ena najbolj problematičnih vej psihiatrije, ki se ukvarja predvsem z izvedenskim delom in izvajanjem varnostnih ukrepov obveznega psihiatričnega mnjenja«. (Kegl, 2014: 35)

Duševni bolniki potrebujejo skrb in zdravljenje, včasih tudi nadzor, vedno pa tudi pravno zaščito. Raznorazne pravne norme zapisane v raznih zakonih kot najvišji pravni akt se nanašajo tudi na osebe z duševnimi motnjami. Le-ta se nanaša na prisilno hospitalizacijo, kazensko odgovornost, poslovna sposobnost, sposobnost za zakon in starševstvo, vozniški izpit in sposobnost za nošenje orožja. Odgovor, na vsa ta vprašanja, ki niso samo pravna temveč tudi etična je možno dobiti le v sodelovanju s pravniki in psihiatri. Družbene, pravne in moralne norme urejajo medsebojne odnose in regulirajo skupno življenje ljudi v neki skupnosti. Za pravnimi normami stoji država, ki edina lahko uporabi fizično prisilo s sankcijami za kršitelje pravnih predpisov.

(Grozdanić, 2005)

Skozi zgodovinski razvoj sta do izraza prišla dva osnovna aspekta forenzične psihiatrije v odnosu duševni bolnik- družba. Pojavila sta se vprašanja glede zaščite družbe pred duševnim bolnikom in njegovim »nenormalnim« vedenjem in vprašanje zaščite bolnika in njegovih interesov pred družbo. Forenzična psihiatrija zajema civilno, družinsko, delovno in pravno področje ampak kot najpomembnejše še vedno ostaja kazensko pravo. Ta se nanaša na osebe, ki so zaradi neprištevnosti storile kaznivo dejanje na katere je družba občutljiva.

Pravo in psihiatrija se srečujeta na naslednjih področjih:

- zdravljenje psihiatričnih bolnikov brez njihove privolitve, kar je urejeno s predpisi o pravicah ter obveznostih bolnikov in zdravnikov,
 - področje psihiatričnega izvedenstva,
 - izvajanje varnostnih ukrepov obveznega psihiatričnega zdravljenja po kazenskem zakoniku.
- (Žagar, 2003)

Kot pravi Zihlerl(2011) se duševni bolnik mora zdraviti ob »zaporskem režimu«, vendar tukaj izvira veliko načelnih nasprotij glede dvojne vloge forenzične psihiatrije. Nekateri strokovnjaki pravijo, da bi morala biti Enota za forenzično psihiatrijo umeščena v krog zapora, medtem ko delavci psihiatrične stroke temu nasprotujejo in poudarjajo, da gre za duševne motnje, katere se zdravijo na psihiatriji in bi taka enota morala biti umeščena v krog psihiatrije.

Pri nas je vse do leta 1998 deloval oddelek za forenzično in socialno psihiatrijo v okviru Centra za mentalno zdravje psihiatrične klinike Ljubljana, ampak ker so se zahteve sodobne forenzične psihiatrije spremenile ni mogel zadostiti vsem zahtevam po varnem zdravljenju forenzičnih pacientov, saj so le-te bile odprtega tipa. Evropski odbor za preprečevanje mučenja in nehumanega ali ponižujočega ravnanja in kaznovanja (CPT) je v svojih priporočilih navedel, da bo v Sloveniji potrebno spremeniti in sprejeti ukrepe, ki bodo zagotavljali ustrezno zdravljenje duševnim bolnikom v ustreznih ustanovah. CPT je pod 43. točko navedel, da se mora tak bolnik zdraviti v primerno opremljenih bolnišnicah, zanj pa bi morale skrbeti usposobljeno osebje. (Božikov Tekavčič, 2014)

2.3. POSLEDICA ŽIVLJENJAV TOTALNI USTANOVI

Vsak nov uporabnik, ki vstopi v totalno ustanovo doživi razlastitev lastne podobe, ki jo kaže drugim, kar se zgodi tudi z ostalimi vidnimi znaki kot so med drugimi tudi gibi in drža. Podobno se dogaja tudi na besedni ravni, ko je uporabnik prisiljen v ponižnost in poniževalne protokole. Velikokrat se zgodi, da ga drugi uporabniki dražijo in ignorirajo, ampak kljub temu je uporabnik primoran sodelovati v dejavnostih v točno določenem zaporedju in na način, ki ga določa institucija. V zunanjem svetu si lahko posameznik postavi določene meje, da zavaruje svoje misli, telo, čustva, tudi lastnino, kar pa mu je z vstopom v institucijo povsem odvzeto. Njegove meje so povsem prekoračene. To je vdor v rezervat informacij o sebi. Na voljo so jim tako tako imenovane spovedi, ki so tam zato, da lahko uporabnik razkrije svoje misli in čustva pred občinstvom. Življenje znotraj ustave je lahko precej težko, saj se uporabnikovo življenje začne s povsem drugimi ljudmi na katere se mora nujno privaditi, čeprav mu nekateri niso všeč. Ko se civilni jaz zamaja in ustanova človeka razgali se uporabnik sreča s sistemom privilegij, ki mu nudi nov okvir za osebno reorganizacijo.

(Goffman, v Flaker,1988)

2.4. POVEZAVA MED KAZNIVIM DEJANJEM IN DUŠEVNO BOLEZNIJO

Kaznivo dejanje je v 7. členu Kazenskega zakonika Republike Slovenije opredeljeno kot:

protipravno dejanje, ki ga zakon zaradi njegove nevarnosti določa kot kaznivo dejanje in hkrati določa njegove znake in kazen zanj.

V kazenskem pravu velja načelo, da se norost in zločin izključujeta. Norost(neprištevnost) velja za stanje brez subjekta. Torej nekoga, ki ni bil *pri sebi*, ko je storil dejanje, ki ga po zakonu določajo kot kaznivo, ne moremo kazensko ovaditi oziroma terjati kazensko odgovornost. To dejanje ni storil človek kot subjekt ampak kot nekaj močnejšega, kar je delovalo mimo njegove presoje. Da bi opredelili pojem zločina mora le-ta vsebovati tudi storilca-subjekt, ki pa ga norost odvzame. (Flaker, 2016)

Vsa kazniva dejanja so v zakonu natančno zapisana, zato jih lahko določimo tudi, če nam niso jasne okoliščine, motivi ali storilci dejanj. Postopki, ki temeljijo na duševnih boleznih, motnjah ali stiskah so pa nedoločljivi, saj velikokrat sodijo v dejanja, ki jih vsi delamo.

V večini držav članic Evropske unije mora izvedenec podati mnenje ali je duševna bolezen vplivala na storitev kaznivega dejanja in v kolikšni meri. V praksi je težko določiti kakšna je povezava duševne bolezni na kriminalno vedenje, saj nimamo podanih točnih kriterijev glede tega. Psihiatrični izvedenec lahko potrdi povezavo duševne bolezni in kaznivega dejanja le v redkih, zelo očitnih primerih psihotičnih simptomov(npr. ukazovalne slušne halucinacije).

(Podobnik,2008)

Preživetje koncepta celotne nezmožnosti za izvajanje svobodne volje se jasno določi ali je mogoče očitati odgovornost naklepnega kaznivega dejanja. Če »duševno bolan« pacient ohranja delno sposobnost razumeti njegova dejanja in pri tem uveljavlja svobodno voljo povezavo vzročnosti med odgovornostjo psihiatra in posameznikom ni mogoče več ohraniti.

(Toresini, 2014)

V nekaterih pravnih postopkih se sodnik obrne na znanstvenika in ga prosi, naj ugotovi ali lahko »obdolženec« uveljavlja svojo svobodno voljo in razumevanje narave njegovih dejanj v času, ko je storil kaznivo dejanje« in tudi, ali »pomeni nevarnost za družbo«. V resnici ta

zahteva nima nobene znanstvene podlage. V bistvu je nemogoče določiti katere parametre ali merila tako imenovane »znanosti« je treba uporabiti za določitev, ki temelji na rekonstrukciji subjektivno obtožene, njihovi dejanski sposobnosti dojemanja, razen s povrnitvijo na povsem teoretskih konstruktov same psihiatrije.

Psihiatrične ocene v kazenskem postopku proizvajajo gore analiz in sklepov, ki so zgolj domneve. Te ocene so izdelane izključno v imenu formalnega koncepta pravnih jamstev, ki predpostavljajo, da brez svobode ni odgovoren, in zato ne more biti predpisana kazen. S tem, ko jim odvzamejo njihovo odgovornost, pravni sistem (s sodnikom) enostavno odstrani določeno število posameznikov iz sodnih in kazenskih sistemov in jih prenese v drug sistem: sistem, ki ima zdravniško fasado in domnevno medicinsko funkcijo.

Forenzična psihiatrija je postala vseprisoten in univerzalen koncept. Oseba, ki izpolnjuje merila nesposobnosti ne more biti obsojen s strani sodišča, in zato ne more biti pravno obsojen in kaznovan (Lallo, v Toresini, 2014)

2.5. ZDRAVSTVENA OBRAVNAVA

»Institucionalna obravnava pacientov s psihično diagnozo je pogosto povezana z odvzemom svobode in svobodnega odločanja, še posebej pri pacientih z izrečenim ukrepom obveznega psihiatričnega zdravljenja in varovanja v psihiatrični ustanovi«. (Roljič, 2009:31)

Kadar pripeljejo pacienta na oddelek, kjer se opazuje vedenje v različnih situacijah, spodbujanje k aktivnemu sodelovanju in učenje reševanje problemov je vedno prisotna skrb ali bo prišlo do zaupanja. Ta je vedno na tehnici, ki se nagiba na pozitivno ali negativno stran, na to pa vpliva psihično stanje pacienta, storjeno kaznivo dejanje, sposobnost prilagajanja in pa seveda profesionalni pristop zaposlenih. Skozi te procese prihaja do terapevtskega odnosa.

Po opravljenem pregledu in seznanitvi s hišnimi pravili se začne življenje z omejeno svobodo za »rešetkami« oziroma s točno določenimi pravili in urnikom, ki pa v zavodu za prestajanje kazni zopora ni potrebno. S tem želijo pripeljati pacienta do ponovnega vključevanja nazaj v družbo, ko bo za to pripravljen. Ker so pa to velike spremembe za pacienta so pogosto precej zmedeni in sovražno nastrojeni kar pripelje do raznih psihičnih stisk in posledično do konfliktov. Svoje življenje morajo povsem spremeniti in prilagoditi pravilom v zavodu vendar

jim kot največji problem predstavlja odvzeta prostost gibanja. Naloga zaposlenih v zavodu je ta, da na razumljiv način pokažejo kako sprejeti dano situacijo in se prilagoditi na omejitve.

(Urbanič, 2014)

Kot lahko opazimo je v zgornjem odstavku omenjena *odvzeta prostost gibanja* in učenje *kako sprejeti dano situacijo*. Tukaj se lahko vprašamo zakaj mora biti temu tako? Zakaj bi uporabnike sploh privajali na tak režim in način življenja namesto, da osebi pomagamo do ozdravitve z aktivnim vključevanjem v skupnost, z zmanjšanjem omejitev in zapiranja v zavode. Ravno zaradi takih omejitev prihaja do sovražnega in nastrojenega odnosa, saj jim z omejevanjem in zapiranjem ne preostane nič drugega kot da se na tak način uprejo in izkažejo svojo voljo saj si želijo biti upoštevani in uslišani. Seveda je naloga zavoda, da tako »krizo« umirijo z zdravili, ki pa ne naredijo nič koristnega za človeka. In tukaj se začne začaran krog.

Kot navaja Roljič (2009) mora biti delo s pacienti potrpežljivo, razumevajoče in brez obsojanja. Take osebe je potrebno poslušati ter prepoznati njihove potrebe. Da bi medicinska sestra uspešno opravljala terapevtske programe mora najprej dobro poznati svoje osebne lastnosti. Ključnega pomena so torej sposobnost samoopazovanja in sposobnost opazovanja drugih, ocenjevanja socialnih kompetenc ter razvite dobre komunikacijske sposobnosti.

Za paciente duševnih motenj lahko rečemo, da so v tem primeru ranljivi člani skupine, zato jim mora civilizirana družba zagotoviti primerne pogoje za življenje. Preden obsojajoče pomislimo na žrtve kaznivih dejanj moramo pomisliti tudi na duševne bolnike, ki so prav tako žrtve svoje bolezni. (Roljič, 2009)

2.6. OBVEZNO ZDRAVLJENJE KOT VARNOSTNI UKREP

»Varnostni ukrepi so znani kot posebna oblika sankcij za storilce kaznivih dejanj, ki so bili spoznani za delno ali popolnoma neprištevne v času storitve kaznivega dejanja«.

(Podobnik 2008:7)

V kazenskem zakoniku je zapisano, da se kazenska odgovornost uveljavi zoper osebo, kateri se na sodišču očita, da je kriva za storitev, ki jo zakon določa za kaznivo dejanje, in ji na podlagi tega določi kazen. Kazenska odgovornost je sestavljena iz dveh elementov: Prištevnost in krivda.

Za krivega se šteje storilec, ki je storil kaznivo dejanje z naklepom ali iz malomarnosti, pri tem pa se je zavedal ali bi se moral zavedati, da je njegovo dejanje prepovedano. (24. čl. 2. odst. KZ)

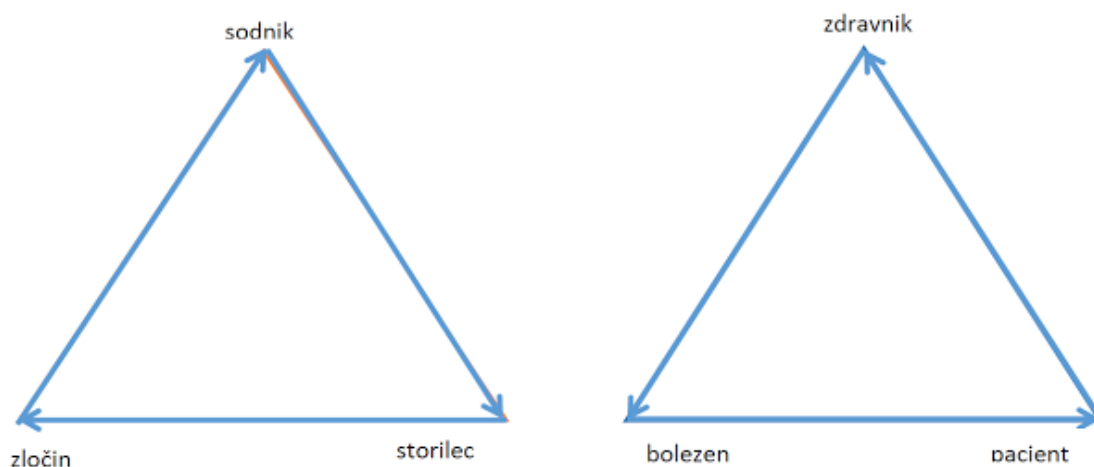
Ko oseba z duševnimi motnjami stori neko kaznivo dejanje mu sodišče za ugotavljanje prištevnosti določi psihiatričnega izvedenca, ki s svojo oceno določi, ali je bila oseba v trenutku kaznivega dejanja prištevna, v stanju bistveno zmanjšane prištevnosti ali popolne neprištevnosti oziroma če obstaja dvom, da bi se lahko kaznivo dejanje ponovilo. V kolikor izvedenec ugotovi, da obstaja nevarnost, da bi se kaznivo dejanje ponovilo mu sodnik izreče ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja in varovanja.

Na podlagi njegove zdravstvene dokumentacije je treba ugotoviti ali se je oseba, ki je storila kaznivo dejanje zavedala pomena in posledic svojih dejanj. Prav tako je treba določiti ali bi taka oseba ponovila kaznivo dejanje brez zdravljenja. Če ne obstaja dvom o ponovitvi nevarnosti se storilca kaznivega dejanja oprosti, saj zaradi neprištevnosti ni kazensko odgovoren. (Podobnik,2008)

Duševne motnje in bolezni pojasnjujejo psihiatri, zato so ključnega pomena v mnogih zadevah, kjer je za ugotovitev in razjasnitev kakšnega pomembnega dejstva potrebno strokovno znanje, zlasti pri storilcih kaznivih dejanj. Sodelovanje psihiatričnih izvedencev je najpogostejše na sodiščih v kazensko pravnih in civilnih zadevah. Ministrstvo za pravosodje določi stalnega sodnega izvedenca, kateri ima pomembno vlogo pri sodniku, ki odloča o izreku sodbe.

Tudi Flaker (2016) poudarja, da sta ključnega pomena tako sodnik kot zdravnik. Naloga sodnika je povezati storilca z njegovim dejanjem. Zanima ga, kdo je storil zločin, da bi ga lahko kaznoval. Naloga zdravnika je povezati pacienta z njegovo boleznijo-torej s stanjem ne dejanjem, da bi ga lahko zdravil. Zagotovo lahko rečemo, da ni sodnika brez zločina in storilca, torej ni niti zdravnika, če ni pacienta in njegove bolezni.

Pobuda, da sodnik začne iskati storilca, je zločin, ki se je zgodil, medtem ko je pobuda, da zdravnik začne iskati bolezen, pritožba bolnika. Bolnik je torej aktiven do zdravnika, zdravnik pa do bolezni, sodnika pa aktivira zločin, da išče subjekta, ki ga je storil.(Flaker,2016)



Slika 2: Flaker (2016): Prikaz osebe kot subjekt(*zločinec, ki je dejaven*) in kot objekt (*bolnik, ki je zaradi bolezni pasiven in trpeč*)

»Sodnikovo spoznanje temelji na zakonu, ki ščiti družbo pred nepravilnostmi, in na potrebi po kaznovanju tistih, ki kršijo zakone. Zdravnik takega konceptualnega družbenega aparata nima. Njegovo poslanstvo je načeloma sicer, zdraviti ljudi. Spoznavni okvir duševnega zdravnika, ki sicer temelji na tem občem postulat medicine, ima še dimenzijo podobno sodišču-mandat javnosti, da poskrbi za javno varnost(in zapre tiste, ki bi javnost vznemirjali). Njegovo delovanje ni nujno v dobro bolnika, spoznavanje pa usmerja strah pred izgredom.«(Flaker, 2016).

3. DEZINSTITUCIONALIZACIJA

Z izrazom dezinstitutionalizacija opisujemo družbeni premik iz azila v skupnost in zmanjševanje hospitalizacije. K odpravi totalnih ustanov so prispevale družbene okoliščine, ki so iskale skupnostne možnosti glede skrbi za ljudi, ki so potrebni take oskrbe. Sam pomen dezinstitutionalizacije ne pomeni samo zapiranje bolnišnic in ustvarjanje nekih zunanjih bolnišnic ampak spremembe v pristopu do duševne stiske. (Flaker,1998)

Osnove dezinstitutionalizacije in prvi pomembni koraki v tej smeri se začenjajo v sami instituciji, ko uresničujemo dva temeljna cilja, prvi, da preoblikujemo in spremenimo razmerje moči med institucijo in stanovalci in drugi, da ukinjamo prisilna sredstva. Ti dve točki sta med seboj zelo tesno povezani. (Rotelli 1986)

Bivanje v institucijah ima na ljudi oziroma posameznika škodljive učinke o čemer se je že velikokrat pisalo, zato se je razvila zamisel o dezinstitutionalizaciji teh ustanov. Ta zamisel se kaže v dveh oblikah, ki sta si med seboj različni le v stopnji radikalnosti. »Prva oblika se kaže v prizadevanju, da bi čim večje število oseb iz ustanov znova vključili v življenje v skupnosti. Druga oblika, ki jo je zastopal dr. Franco Basaglia, pa predstavlja zahtevo po ukinitvi ustanov nasploh«. (Lamovec,1995:199)

V procesu dezinstitutionalizacije je prihajalo do pogostih napak, saj so jo želeli prehitro izpeljati. Skozi ta proces so pozabili, da oseba, ki je večino svojega življenja prebila v ustanovi, ne zmore kar čez noč osvojiti nov življenjski slog.

V upanju, da bodo ljudem v ustanovah zagotovili boljše življenje, so spregledali možnost prisotnosti strahu in negotovosti. Prihajalo je do odporov, pri čemer so nekateri oskrbovanci ostali brez strehe nad glavo.

»Ponekod pa so izvajalci zašli v drugo skrajnost. Ljudem so poiskali novo bivališče (navadno je bila to bolj ali manj zaščiten oblika stanovanjske skupnosti) potem pa so jim skušali kar povprek izpolnjevati vse njihove želje, namesto da bi jih naučili poiskati načine samostojnega delovanja. Treba ga je naučiti, da bo to storil sam, oziroma ob medsebojni pomoči stanovalcev. Precej lažje je npr. skuhati kosilo, kot pa stati stanovalcem ob strani, da to store s skupnimi močmi. Podobno velja za reševanje medsebojnih sporov. Dokler bodo potrebovali nekoga

drugega da reši njihov spor, so v zelo podobnem položaju, kot so bili v ustanovi. Vse te napake v začetnem obdobju dezinstitutionalizacije so naredile veliko škode tej zamisli, ker sicer dobre idej niso bile izvedene dovolj premišljeno. S tem pa so vzbudile nezaupanje do same zamisli«. (Lamovec,1995:199)

Lamovec (1995) je svojo izkušnjo, ko je v Izraelu sodelovala kot prostovoljka navaja, da je pomembno, da vsak razvije neko, katerokoli spretnost, saj je to edina osnova, ki je realistična za razvoj samospoštovanja.

Lamovec(1995) še izpostavlja, da k uspešnosti dezinstitutionalizacije prispeva pet pomembnih elementov, ki se pravzaprav med seboj dopolnjujejo. Med te elemente štejemo odločitev posameznika, ki naj bo svobodna, določitev pravil in pogojev, ki morajo biti točno postavljena že takoj, temeljita priprava uporabnikov, vzdušje pristne naklonjenosti in vsakodnevno učenje, ne samo spretnosti, ampak tudi samostojnega življenja in medsebojne pomoči.

3.1. ZGODOVINA DEZINSTITUCIONALIZACIJE POGLJ PR MEN

Dezinstitutionalizacija je izraz, ki ne opisuje le skupnosti, ki nadomeščajo institucije, ampak izraz, ki vključuje celoten proces od selitve ljudi iz institucije v skupnost do njihove vključitve v okolje, skupaj z vso podporo, ki jo pri tem potrebujejo.

Izraz dezinstitutionalizacija opisuje odpravo totalnih ustanov oziroma premik ljudi iz totalnih ustanov v skupnost. Ne pomeni samo zapiranja, temveč tudi spremembe v samem pristopu obravnave duševne stiske, ki upošteva tudi socialne in kontekstualne vidike duševne stiske, ki upošteva tudi socialne in kontekstualne duševne stiske. V tem primeru govorimo o premiku iz totalnih ustanov v skupnost, obenem pa o družbenem gibanju si za to prizadeva. (Flaker, 1998).

Flaker (1989) pravi, da je dezinstitutionalizacija pravzaprav sprememba velikih institucionalnih sistemov, ki zaradi svoje velikosti veliko porabijo, so neučinkoviti in neosebni.

Prve zametke dezinstitutionalizacije segajo v 20. stoletje in sicer v petdeseta in šestdeseta, ko je prišlo do prve krize na področju psihiatrije, do katere je prišlo zaradi protislovij v sami psihiatriji in zaradi političnih družbenih sprememb.

Prvo družbeno potrditev zunaj azilov je našla psihiatrija po koncu prve svetovne vojne, ko se je psihoanaliza uveljavila kot metoda zdravljenja vojaških travm. Takrat so, še zlasti v Ameriki opremili socialno delo z novo metodo dela- delo s primerom in tako je socialno delo postalo strokovno delo. Drugi korak, ki ga je naredila psihiatrija je mentalnohigiensko gibanje, ki je bilo najbolj dejavno v Ameriki. Osrednja osebnost gibanja je bil nekdanji uporabnik.

(Flaker 1998).

Po drugi svetovni vojni je dezitucionalizacija doživela velike spremembe, ko so bolnišnice, ki so bile prvotno namenjene ljudem, ki imajo težave z duševnim zdravjem, v bolnišnico, kjer so zdravili ranjene vojake.

Izkazalo se je, da so lahko le-ti brez težav živeli v skupnosti. Po vojni so v psihiatričnih bolnišnicah poleg zdravnikov zaposlovali tudi drugo strokovno osebje in oblikovali tako imenovani psi-kompleks. Na konkretni ravni je to prineslo dvoje: politiko odprtih vrat in razmah različnih oblik in tehnik zdravstvenega obravnavanja, ki niso bile omejene na bolnico. (Flaker 1998)

Nekateri trdijo, da so za začetek obravnavanja duševnih motenj v skupnosti, pravzaprav krivi nevroleptiki, kateri so pravzaprav odstotek oseb z diagnozo shizofrenije, ki so živeli izven bolnišničnih vrat, povečali.

»Centri duševnega zdravja v skupnosti so se v ZDA začeli razvijati šele po letu 1965. Dezitucionalizacija je največkrat potekala tako, da so kronične in težje motene preprosto premestili v domove z oskrbo. Za mnoge je bila ta sprememba na slabše. Osebje teh domov je bilo pogosto slabo plačano in brez ustrezne izobrazbe«. (Lamovec,1995:203)

3.2. ZAPIRANJE BOLNIŠNIC-TRŽAŠKA IZKUŠNJA

Prvi korak dezinstitutionalizacije je zapiranje bolnišnic, temu pa sledi ustvarjanje novih služb, kar ponazarja tržaška izkušnja.

Kot navaja Flaker (1998:187) »so dezinstitutionalizacijo v Trstu opravili dosledno in konsistentno, tako na konceptualni ravni kot praktično«.

Zapiranje bolnišnic na tržaški izkušnji lahko povežemo s Francom Basaglio, saj je bil on tisti pobudnik za spremembe. Leta 1961 je prevzel goriško psihiatrično bolnišnico z namenom, da jo preobrazi v terapevtsko skupnost. Želel je vpeljati idejo, ki jo je v 60-ih letih v Veliki Britaniji vodil Maxwell Jones. Terapevtske skupnosti so bile dodatno orodje discipliniranja varovancev duševnih bolnišnic. Basaglia je idejo terapevtske skupnosti zastavil nadvse radikalno. Način dela, ki so ga v Gorici razvili in ki je v mnogočem postal značilen za italijansko demokratično psihiatrijo, je nastal na fenomenološki in eksistencialistični podlagi.« (Flaker,1998:188)

V Trstu so leta 1975 odprli prvi center za duševno zdravje. Na tem področju delujejo štirje taki centri, ki obratujejo 24 ur na dan vse dni v letu. Omenjeni centri so omogočili, da so se ljudje iz stanovanjskih skupin in psihiatričnih bolnišnic lahko preselili domov.

Delo na centru je terensko, kar pomeni, da delujejo tam, kjer ljudje bivajo. (Rafaelič, 2015:50)

Leta 1978 so sprejeli Basaglijev zakonik, v katerem je bilo z zakonom prepovedano kakršnokoli prisilno hospitaliziranje. Nalaga postopno zapiranje bolnišnic in izgradnjo novih. Nasproti temu pa nalaga vzpostavitev skupnostnih služb, ki bodo zagotovili celostno oskrbo in podporo ljudem. Ta zakon je še vedno edini te vrste v Evropi in Svetu. (Rafaelič 2015: 50)

Rezultat pred 40 leti sprejetega zakona je, da večino ukrepov obvezne zdravstvene obravnave opravijo v skupnosti, povprečna ležalna doba v psihiatrične oddelku bolnišnice je tri dni, ni več zaprtih oddelkov in edino prisilno sredstvo so zdravila, psihiatrične nalepke zapornikom in brezdomcem so se izničile in stroški oskrbe so se drastično zmanjšali. (Rafaelič 2015:51)

Terapevtske skupnosti v Gorici so se imenoval *assemblee*. To je bila skupščina, sestanki osebja in pacientov, ki so jih vodili izvoljeni po principu krožne rotacije. Dogodkov, torej asseblee so se lahko udeleževali vsi. Takrat so imeli pacienti prvič možnost, da glasno izrazili

svojo tesnobo in gnev nad vsem, kar se jim je leta dogajalo. To je pomenilo, da izjava pacientov ni bila samo pobuda za razreševanje osebne stiske, ampak prespraševanje družbenih vlog.

4. STIGMA

Stigma je v slovarju knjižnega jezika pojasnjena kot znamenje, narejeno pobeglim sužnjem in hudodelcem. V slovarju tujk o stigmati piše, da je to sramotno znamenje. »Stigmatiziranost tako razumemo kot zaznamovanost oziroma ožigosanost zaradi neke lastnosti, ki loči posameznika od drugih, tako da ima večina to lastnost za odklonsko ali deviantno«.(Švab, 2005:148)

Večina ljudi ima strah pred duševnimi bolniki in so mnenja, da taka oseba sodi v bolnišnico. Najpogostejše lastnosti zaradi katerih si ljudje naredijo napačna mnenja so njihove lastnosti : nepredvidljivost, nevarnost, lenoba, socialna izključenost, odklanjanje zdravljenja in nesposobnost za delo. K temu lahko pripišemo tudi problem, kjer se pokaže zmotno prepričanje, da se takih oseb ne more pozdraviti, da je duševna bolezen neozdravljiva, kar pa ne bo držalo, saj so duševni bolniki enaki drugim bolnikom. V bolnišnico prihajajo in odhajajo, prejemajo terapijo in zdravila ter se vključujejo v družno v kolikor jim le-ta dovoli. (Strbad, Švab,2005)

Veliko več kaznivih dejanj storijo osebe, ki so duševno popolnoma zdravi kot pa osebe z duševnimi motnjami, ampak so duševni bolniki v očeh javnosti tisti, ki so za družbo nevarni, ker kažejo znake duševnih motenj. Strah, da duševni bolnik ne ve kaj dela oziroma se ne zaveda svojih dejanj je tisti, ki ljudi privede do takega mišljenja to pa posledično privede do ožigosanjatorej stigme.

4.1. VZROKI ZA STIGMO

Po navedbi Švab (2005) se razlogi za stigmatizacijo kažejo zaradi neznanja in nepoučenosti. Med ljudmi veljajo splošna prepričanja, da so ljudje, oboleli za shizofrenijo nevarni (71,3% vprašanih), nepredvidljivi (77,3%),težka komunikacija z njimi (58,4%), drugačno čustvovanje (57,9%), da so neozdravljivi(50,8%). To kaže na nizko izobraženost o duševnih motnjah in njihove posledice.

Ne moremo zanikati, da je bila stigma prisotna že v zgodovini, saj je veljalo, da so osebe z duševnimi boleznimi obsedeni z demoni, ženske so sežigali, saj so verjeli, da jih je obsedel

hudič. Za vse to so krivili duševne bolnike, ker so se razlikovali od drugih. Duševni bolniki so bili trpinčeni na zelo nehuman način, z zamaški so jim zapirali usta, privezovali so jih čez prsa, jih zapirali v prostore na obrobju mesta. Ker pa takrat ni bilo učinkovitih metod zdravljenja so bile osebe z duševnimi motnjami nevarne in zato izločeni iz družbe.

Švab (2005) poudarja, da so možnosti za pojav duševnim motenj velike. V eni raziskavi so ugotovili, da 41,2% ljudi, ki so stari med 18 in 64 let vsaj enkrat prizadene duševna motnja. Odziv ljudi ni prijateljski, ampak obrambni. To se nanaša na ljudi, ki so drugačni od drugih.

4.2. POSLEDICA STIGME

Bolniki, ki se čutijo stigmatizirane pogosto izražajo pozitivna (blodnje, sumničavost) in negativna čustva (socialni umik). Mnogo oseb trdi, da je stigma veliko bolj obremenjujoča kot sami simptomi bolezni, vendar je v obeh primerih ovira v družbenih stikih proti pričakovanju, iskanju zaposlitve, v družbenih stikih, sodelovanju pri psihiatričnem zdravljenju. Izraženi sta tudi tesnoba in somatske težave.

Duševne bolnike državna zakonodaja ne zapostavlja odkrito ampak jim postavlja neprimerne ovire in bremena za enakopravno vključevanje.

Zakonodaja na področju duševnega zdravja ni natančno urejena . V nekaterih primerih, kjer je bila sprejeta zakonodaja ne ščiti pravice duševnih bolnikov. (Švab, 2005)

Ko bolnik dobi diagnozo, da trpi za neko duševno boleznijo ga začnejo ljudje doživljati drugače. V odnos vgradijo negativne pristope in predsodke ter ga začnejo zavračati.

Strbad, Švab(2005) pravi, da je zmanjšana tudi možnost izobraževanja in zaposlovanja. Takim ljudem se pogosto odreka pravica do izobraževanja in zaposlovanja v javnih službah.

Stigma je nalepka, ki jo ljudje dajo posamezniku. Doživljenjska etiketa, ki poistoveti posameznika z njegovo boleznijo. Bolezen v očeh ljudi ni več nekaj občasnega, ampak je oseba sama. Bolezen in posameznik sta eno in isto. (Lamovec 1998: 52)

Doživljanje sveta stigmatizirane osebe ima več polov. En pol predstavljajo tisti, s katerimi si posameznik deli stigmo, je z njimi sproščen, pri katerih dobi oporo in informacije, kako se s stigmo soočiti in z njo živeti. Drugi pol predstavlja ljudi, ki imajo izkušnje s stigmo, bodisi ker je to oseba s katero so tesno povezani, ali pa zaradi poklica, ki ga opravljajo in zaradi tega lahko od njih dobijo podporo. Zadnji pol pa predstavljajo vsi ostali in se mora pri interakciji z

njimi stigmatiziran posameznik držati določenih pravil in na kakršen koli način ne izražati svojih čustev. (Lamovec1995: 36).

Goffman(2008) je stigmo razdelil na tri sklope, in sicer: fizična iznakaženost, značajske slabosti, kot so: težave z duševnim zdravje, zopništvo, odvisnost, poskus samomora in brezposlenost in skupinska stigma, ki se lahko prenaša iz roda v rod.

Navadno se dogaja, da stigmatizirani ljudje stigmo ponotranjijo in se zaradi družbeno sprejetih norm začnejo poniževati ali celo sramovati, kar privede do tega, da se njegov jaz še globlje razcepi.

5. SKUPNOSTNI PRISTOP

»Je sistem služb, pripravljena za definirano populacijo, ki naj z multidisciplinarnim delom v delovni skupini omogočijo zgodnjo diagnozo, takojšnje zdravljenje, nepretrgano skrb ter socialno podporo. Namenjena je osebam z dolgotrajnimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami«. (Švab, 1996:21)

Skupnostno skrb razumemo kot ideologijo, ki pomeni paradigatski premik v razumevanju koncepta skrbi, organiziranju služb v skupnosti in alternativo institucijam. Iz totalnih ustanov, ki stanovalce izolirajo in segrerirajo, naj bi se oskrba premaknila v manjše in demokratično organizirane enote pomoči v skupnosti. Namen teh skupnosti je vključitev posameznika nazaj v skupnost. (Flaker 1995, Lamovec 1995)

Skupnostne službe naj bi celovito zadovoljile vse potrebe uporabnikov. Pri iskanju rešitev upošteva dve načeli. Prva je najmanjše možno omejevanje posameznika. Kar pomeni, da bolnišnico kot rešitev uporabljamo le v skrajnem primeru. Drugo načelo pa omogoča posameznikom, da ostanejo v svojem bivalnem okolju in jih ne premeščamo zunaj mesta bivanja.

Za učinkovito obravnavo moramo zagotoviti takojšnje, ustrezno in skladno odzivanje na potrebe kar pomeni, da posredovanj ne smemo odlagati niti uporabljati čakalnih list.

Učinkovitost pa se kaže tudi skozi to kako zadovoljujemo potrebe posameznika in s kakšnimi cilji. Pomembno je namreč, da osebo poleg zadovoljitve potreb tudi naučimo in spodbujamo k samostojnemu življenju. (Lamovec 1995: 205-206)

V Sloveniji premik k skupnostnem delovanju korigira skozi določila Zakona o socialnem varstvu (Ur.l. RS št.3/2007), ki omogoča: vključevanje uporabnikov in prostovoljcev v načrtovanje, izvajanje socialnovarstvenih storitev v javnih službah, organiziranje ljudi za samopomoč in dobrodelnost, sodelovanje z različnimi skupnostnimi službami in preventivno delo.

Glavne alineje družbene skrbi so ustrezna povezava med zdravstvenimi in socialnimi službami, kot so: dispanzerske ambulante, dnevni centri, bolnišnični oddelke, delavnice, itd. Kot glavno

nalogo pripisujemo zdravstvu, zato je psihiatrija potrebna za supervizije, sodelovanje in usposabljanje.

5.1. CILJI

Zagotovo lahko rečemo, da je cilj družbene skupnosti boljša kvaliteta življenja. Tako kot za nekatere pomeni boljša kvaliteta življenja to, da imajo avtomobile, da hodijo na dopuste, dober odnos s partnerjem.. je za osebo z duševnimi motnjami, ki je bila hospitalizirana v bolnišnici boljša kvaliteta že to, da ima možnost za zasebnost, vsakodnevna prehrana, itd. Cilje morajo določati potrebe stranke.

Seveda se tukaj znajde tudi taka skupina ljudi, ki jim družbena skrb ne more pomagati. Večinoma so to starejši ljudje z demenco, duševno manj razviti, zlorabljeni, zanemarjeni in agresivni. (Švab,1996)

5.2. SESTAVINE SKUPNOSTNE SKRBI

Za skupnostno skrb velja, da zadovoljujejo potrebe oseb z duševnimi motnjami, zato se ustanavljajo različne skupnostne službe in sklopi dejavnosti. Med take službe štejemo:

- Krizni posegi,
- Nepretrgana skrb na bolnikovem domu.

Raziskovalci so po mnogih raziskavah prišli do zaključka, da je nepretrgana skrb na domu ključnega pomena, saj se uspehi domače oskrbe postopoma izgubljajo. Med take skrbi uvrščamo:

- Urjenje vsakodnevnih spretnosti
- Utrjevanje socialne mreže
- Družina
- Zdravstvena in zobozdravstvena oskrba

Po prihodu bolnika iz bolnišnice je bil velik del posvečen reševanju finančnih ali stanovanjskih problemov, zato ima skrb na domu drugačen pristop kot v bolnišnici.

Pri *urjenju vsakdanjih spretnosti* se pokaže, da spretnosti, ki se jih bolnik nauči v bolnišnici le redko prenese v vsakdanje okolje. Uporabnik službe in terapevt morata imeti jasno postavljene

cilje , katere preverjata z uspehom dela. Skozi psihoterapevtske tehnike vedenja izhaja načelo učenja.

Utrjevanje socialne mreže je utrjevanje odnosov, ki pozitivno vplivajo na posameznike tako psihološko kot tudi telesno. Pri dolgotrajno bolnih je ta mreža precej majhna oziroma omejena, saj so večinoma vezani na svoje družine ali na bolnišnično osebje. V akutni fazi bolezni se začne izguba prijateljev in znancev, sodelavcev in pomanjkanje samozaupanja, zato se zgodi socialni umik.

Za utrjevanje socialne mreže je pomembno veliko dejavnikov, vendar kot najpomembnejše ostaja delo z družino.

Družina ima pomembno vlogo pri pomoči in podpori bolnika, ki je tudi temeljno načelo dela. Zavedamo se, da delo z bolnikom ni lahko , zato se nekateri družinski člani odzovejo z jezo in silo, medtem ko se drugim zdi ta pomoč več kot nujno potrebna in do nje pristopijo na pozitiven način.

Pomembno je, da pomagamo z razumevanjem in spoštovanjem. Svojci imajo pravico vedeti vse o bolezni, ker bodo šele takrat vedeli, kako ponuditi pomoč. Življenje v družini z bolniki mora potekati kar se da umirjeno, saj sta potek in dolžina zdravljenja odvisna od le-tega. Če pride do prevelike čustvene preobremenjenosti, pretirane skrbi ali pristopa z jezo lahko prevede do ponovitve bolezni, zato je pomembno, da v sistemu skupnostne skrbi nudijo družinam podporo, pomoč in svetovanje, ko pride do kriznih stanj.

Kot nujno pomembno je tudi povezovanje z *zdravstvom*, saj je telo duševno bolnih tudi v precej slabem stanju zaradi nezdravega načina življenja (malo gibanja, kajenje,..) in ker redko iščejo pomoč, kljub slabemu počutju. (Švab,1996)

6. METODOLOGIJA

6.1. VRSTA RAZISKAVE

Empirični del diplomske naloge je kvalitativna raziskava znotraj okvira metod socialnega dela-študije primera. Za kvalitativno raziskavo je značilno, da so zbrani osebni opisi, ki se nanašajo na raziskovani pojav. Predstavljen je besedni opis intervjuvane osebe, ki sem ga obdelala in analizirala na besedni način.

Po besedah Meseca(1998) se študija primera nanaša na primer posameznika. Načelo stvarnega raziskovanja problemov ljudi ima lahko dva motiva. Govorimo torej o radovednosti in vedoželjnosti, pri kateri je potrebno upoštevati perspektivo posameznika oziroma njihovo razumevanje položaja.

Vsekakor je potrebno upoštevati okoliščine, saj te močno vplivajo na posameznika in njegov naravni, družbeno-kulturni kontekst. Da bi razumeli ravnanje in doživljanje posameznika je potrebno poznati naravo konteksta, zato je pomembno, da poznamo tudi njegovo zgodovino. S pomočjo študija primera lahko posamezniku v kontekstu socialnega dela omogočimo upoštevanje njegove perspektive. Njegovo zgodbo sprejmemo kot nekaj edinstvenega, ne kot »splošni primer«.

Skozi raziskovanje sem si pomagala s temeljnimi osnovami iz teoretičnega koncepta avtorjev strokovne literature, ki sem jih navedla v teoretičnem delu diplomske naloge.

6.2. ŠTUDIJA PRIMERA-UTEMELJITEV IZBORA IN VIRI PODATKOV

Skozi besede in pogovor konstruiramo verzije življenjskih zgodb s tem, ko jih pripovedujemo drugim. S pomočjo odprtih vprašanj sem lahko prišla do poglobljenega intervjuja, saj je lahko govorec povedal oziroma izražal vse kar je želel brez občutka omejevanja. Zaradi neposrednega stika s posameznikom lahko pridobimo veliko informacij, zato je bilo pomembno, da sem že vnaprej strukturirala na kaj se bom osredotočila v pogovoru. V veliko pomoč so mi bili razni viri in literatura avtorjev, predvsem pa intervju z dr. Lorenzem Toresinijem. Z analiziranjem Lorenzevega intervjuja sem pridobila drugačen pogled na problem, katerega prej nisem povsem razumela.

Intervju sem analizirala s pomočjo tematskih sklopov, ki sem jih povezala z obstoječimi spoznanji avtorjev. Želela sem si interpretirati razne vidike spleta med duševno stisko in kaznivim dejanjem in jih povezati z Lorenzevim intervjujem in njegovimi izkušnjami. Da bi slednje poudarila sem indikativne izjave navedla dobesedno.

Tematski sklopi, ki sem jih izpostavila so bili zame pomembni vidiki, največkrat povezani z že obstoječo literaturo.

6.3. PROBLEM

Problem, ki sem ga želela raziskovat je kako v procesu dezinstitutionalizacije organizirati oskrbo v skupnosti za ljudi, ki so ob nalepki »duševnega bolnika« storili kaznivo dejanje.

Kot druga plat medalje, so pobude v času dezinstitutionalizacije, da se odprejo forenzični oddelki v socialnih zavodih.

6.4. ZBIRANJE PODATKOV

Odpravila sem se v Trst in se osebno srečala z dr. Lorenzem Toresini. Po kratkem spoznavnem uvodu sva prešla na bistvu. Z odprtim tipom vprašanj sem želela doseči, da se moja zgodba, ki jo bom natipkala ne omeji zgolj na določene stvari.. Izvedba srečanja je potekala v smislu vzpostavitve odnosa, navezovanje stika v namen pridobivanja zaupanja in sproščenosti. Pred najinim »prvim srečanjem« sva z Lorenzom že govorila glede intervjujev, ker sem želela, da sva oba pripravljena nanj. Kraj in uro našega srečanja sem prepustila njegovi izbiri. Dobila sva se v njegovem kraju tj. Trstu, kjer je v času mladosti živel in gradil svojo kariero. Zdela se mi je primerna izbira kraja, ker sej je konec koncev vse tam začelo in dogajalo.

Samo postavljanje vprašanj se mi ni zdelo težko, saj so bila odprtega tipa zato je večino časa pripovedoval Lorenzo. Aktivno sem poslušala njegovo pripoved, si določene stvari in opažanja zabeležila predvsem pa ga nisem prekinjala.

Po končanem intervjuju sem povedano in posneto vsebino natipkala.

6.5. ANALIZIRANJE IZBRANIH TEMATSKIH SKLOPOV

Intervju sem analizirala kvalitativno. Vse, kar mi je moj sogovornik povedal sem posnela, nato prepisala. Iz vsega besedila, ki sem ga po prepisu dobila, sem izbrala tiste teme, ki so me najbolj zanimale oziroma ki sem lahko povezala z že obstoječo teorijo strokovnih avtorjev.

Z vidika socialnega delavca ali delavke je pomembno posameznikovo dojemanje stvarnega problema. Vsaka oseba ima svoje doživljanje in »svojo resnico« na podlagi izkušenj, ki so zanj edinstvene.

Moja izkušnja, ki sem jo pridobila preko Lorenzevih besed je zagotovo drugače zapisana zgodba kot jo on sam doživlja. Študija primera je povezava med teoretičnim delom in subjektivnim opisovanjem in doživljanjem zgodbe strokovnjaka, ki je soustvaril teorijo.

Strokovni avtorji poskušajo skozi vire in literaturo razložiti poglede na problematiko.

Da bi zgodba dobila bolj pregledno sliko in razumevanje sem ključne besede strnila v vsebinsko kodiranje in le-te še dodatno pojasnila. Iz tega sem dobila točke, ki so potrdile tezo, da z vključevanjem v skupnost prej pridemo do ozdravitve oziroma rehabilitacije, saj na ta način pride do transformacije tako navznoter kot navzven.

6.6. OPIS PRIMERA- INTERVJU Z dr. Lorenzom Toresinijem

Lorenzo Toresini je bil rojen v Benetkah leta 1946. Študiral je medicino v Padovi, specializiral je psihiatrijo. Svojo kariero je začel v Trstu leta 1971, od leta 1999 pa je vodil službe v Meranu na Južnem Tirolskem. Kot mlad zdravnik se pridružil skupini, ki jo je vodil dr. Franco Basaglia. Lorenzo je zdaj starejši gospod, vesele narave, ki po odzivu sodeč zelo rad deli svojo izkušnjo z drugimi. Kot sogovorec je želel, da mu sledim, saj me je velikokrat med pogovorom vprašal: *»A razumeš? Ali si lahko predstavljaš?«*. Intervju sva izvedla v Trstu, torej tam, kjer je živel in delal po tem, ko je diplomiral in se kot mlad zdravnik pridružil skupini, ki jo je vodil dr. Franco Basaglia, pri zapiranju bolnišnic na goriški kasneje tudi na tržaški regiji in s tem začel proces dezinstitucionalizacije v Italiji. Ko sva z Lorenzem začela pogovor me je z vprašal: *»Kako bova začela? Imaš vprašanja ali povem jaz?«*

Moj intervju je bil odprtega tipa, torej sem pustila možnost prostega pogovora z nekaj ključnimi vprašanji, zato da sva ohranila rdečo nit pogovora. Ker sem o sistemu zapiranja bolnic v Trstu poznala le bežne informacije sem ga usmerila na začetek sprememb, ko se je sploh začelo ukinjanje prisilne hospitalizacije. Ob tem se je nasmejal in pripomnil: *»Koliko časa pa imava, da ti povem celotno zgodbo? Tedne? Mesece?«*. To se mi je zdel lep uvod najinega pogovora, ker sva ustvarila sproščeno vzdušje.

1. Zgodbo o ukinjanju je začel pripovedovati tako, da se je vrnil v zgodovino, natančneje v leto 1800. *»Kot je znano, se institucionalna psihiatrija začne z Philippe Pinel v letu 1800. Pinel je ostal v spominu zaradi njegove najbolj dramatične geste, ker je dobesečno "osvobodili noro".*

2. *V prvih dneh francoske revolucije, je bil močan občutek, da bi bilo treba splošne bolnišnice odpraviti, saj so bile institucije namenjene bolj za družbeni nadzor kot zagotavljanje oskrbe. Toda z vzponom Napoleona je državni zbor, ali revolucionarni parlament, glasoval, ne samo za ohranitev splošne bolnišnice, ampak tudi slovesno odprl nove ustanove za duševno bolne.*

3. *Leta 1838, je Napoleonov politični dedič, na prestolu francoskega parlamenta, Ludvik Filipe razglasil prvo zakonodajo posvečeno bolnim.*

Do sredine devetnajstega stoletja, je znanstveni pozitivizem začela prevladovati evropska misel. Eden od ključnih odkritij v tem obdobju (kar je še vedno v veljavi danes) je bila trojna možganska skorja človeških možganov, ki je večplastna. Najstarejša od teh plasti je archipallium, ki je zdaj povsem vegetativna v svojih funkcijah. Druga je paleopallium, ki vzdržuje dišavne funkcije, in je preostali del faze plazilcev, skozi katero je homo sapiens potekel. Kot zadnja in končna faza je neopallium, ki zagotavlja strojno in programsko opremo "Razlog", t.j. misli in samozavedanje.

4. Seveda tega nisem najbolje razumela, zato sem prosila za razlago: *»Gre za biološko razlago norosti, ki pravi, da so ljudje, ki delajo kazniva dejanja, na ravni plazilcev (krokodil), saj nimajo razvite možganske skorje, s katero nadziramo svoje impulze, zato jih je treba zapreti- in prenesti odgovornost na zdravnika (»krotilca krokodilov«).*

Radovedno sem vprašala kakšen je pomen tega za ljudi- posameznika: *»S tem odvzamejo ljudem tisto, kar je najbolj človeškega- možnost svobodnega odločanja«*.

6. V nadaljevanju me je zanimalo kakšna je torej pravna odgovornost psihiatrov do malomarne odgovornosti naklepnega kaznivega dejanja. Lorenzo je razložil tako: *»Če lastnik krokodila omogoča, da se živali lahko prosto gibajo, je jasno odgovorna za kakršno koli škodo ali škodo,*

ki jo lahko povzroči drugim. Z drugimi besedami, obstaja neposredna povezava vzroka in posledice. Med ukrepi krokodila in lastnikom je (ali kdor je bil naj bi nadzor živali) odgovornost. Lastnik »krokodila« ali skrbnik ima civilno in kazensko odgovornost za te živali, ki je splošno znano, brez svobodne volje.

Lorenzo je nadaljeval: »To je mehanizem, ki že več kot dve stoletji zagotavlja delovanje institucionalne psihiatrije. Vprašanje o zmožnosti razumevanja (duševna zmogljivost) je **8.osnovno vprašanje** za psihiatrijo. To je očitno in jasno, da brez svobodne volje ne obstaja odgovornost, in da ni smiselno govoriti o krivdi, obsodbi in kazni.

9. Najin pogovor o spremembah se je nadaljeval proti Italiji. Ker mi je že prej omenil Franca Basaglio sem ga vprašala kaj več o njem. »Franco Basaglia je bil mlad mož, z veliko volje do dela. V Gorico je prišel kot bodoči direktor. Psihiatrično bolnišnico je želel spremeniti v terapevtsko skupnost. Želel je organizirati sistem podoben terapevtskim skupnostim v Angliji, v katerem naj ne bi bilo več prisilnega zapiranja, ampak naj bi ljudje vključevali s skupine, terapije in pogovor. Vrata naj bi bila odprta, »pacienti« pa bi lahko hodili ven. Začeli naj bi odpirati centre zunaj bolnišnice, spremljali paciente, ki bi bili svobodni domov, v zatočišča, itd. Tega mu oblasti niso dovolile, ker je bilo njihovo prepričanje, da mora duševni pacient biti zaprt v ustanovi. Takrat se je Franco odločil, da bo dal odpoved. Sodelavci so ga podprli pri njegovi ideji in prav tako zagrozili, da bodo dali odpoved. Če ni zdravnikov, ne more obstajati ustanova, mar ne? Seveda se višji organi niso kaj dosti ozirali na njihove besede in kljub grožnjam idejo povsem zavrnila.«.

10.Svojo zgodbo je nadaljeval: »Ker je bil Basaglia iznajdljiv mož je svoje spretnosti uporabil sebi v prid in se povezal s Michelelem Zanettijem, pomembno osebo v Trstu, ki si je želel, da Franco v Trstu nadaljuje, ker so ga Gorici ustavili. Hotel je in ga podprl pri tem da vpelje pristop terapevtske skupnosti v psihiatrično bolnišnico v Trstu in vključi ljudi v skupnost.«. Ker sem poznala čisto malo ozadja iz Lorenzovega življenja, me je zanimalo, kako se je on priključil **11.** skupini, ki je delovala na področju vključevanja ljudi v skupnost: » Franco je poklical nekaj zdravnikov, da bi prišli sodelovati pri teh pomembnih spremembah. Kot mlad zdravnik sem **12.**prišel v Trst, tu se je tudi začela moja kariera. Takrat sem s skupino začel delati na **13.**transformaciji, ki jo je Basaglia poimenoval dezinstitutionalizacija.«

14. Kako so zgledali začetki teh sprememb? »Najprej je Basaglia, kot prvi pomemben korak, ukinil prisilo. Ni dovolil, da bi bili ljudje zaprti ali privezani v sobah, nato je kot drugi korak, **15.**ločil stene, ki so ločevale moške in ženske. Se razume, da so bile spalnice še vedno ločene,

ker so tako tudi v splošnih bolnišnicah, ampak ni želel ustvarjati razlik med njimi. Vsi vemo, da je življenje narejeno tako, da morata biti ženska in moški skupaj«. Kot tretji pomemben korak 16.je bilo teritorializiranje.. Ker mi ta pomen ni bil najbolj jasen sem prosila za obrazložitev. »to je timski izum. Pomeni, da je vsak zaposlen odgovoren za določene osebe. To ni pomenilo, da se ljudi takoj spusti ven. Ne, sploh ne. Vse je zahtevalo svoj čas in korake, da se jih je postopoma vključilo v skupnost.

17.»Z našim delom smo ljudi peljali ven, na obiske k družinam.

18.Eden izmed naših šefov je najel stanovanje zase, zato, da je lahko imel ambulatorij.

19.Postopoma je tja namestil paciente, ki so za svoje bivanje morali plačevati najemnino. Vsak je imel pri sebi nekaj denarja, s katerim so potem to tudi plačevali«

20.Lorenzo je nadaljeval: »Vsa organizacija se je začela spreminjati. Pacienti oziroma osebe, ki so čez čas zaživele v teh stanovanjih smo poimenovali »gostje«, ki pa nikoli niso bili prepuščeni samim sebi. Tu so bili socialni delavci, terapevti in zdravniki«.

Po kratkem požirku vode je Lorenzo nadaljeval: »Basaglia je začel spreminjati svet v Trstu.

21.Takrat so temu rekli »Lighthouse of unreason«, kar pomeni svetilnik norosti. Mentalni

21.pacienti so za večino ljudi grešni kozli, ki nosijo grehe z vidika javnosti. Luigi Piarendello,

22.je bil gledališki pisec, ki je enkrat lepo zapisal, da vsak med nami igra svojo vlogo. In ta njegov

23.stavek se mi je globoko vtisnil v spomin. Ker je res tako. Nori ljudje so nori. Basaglia je

24.rekel, da se ne slepimo, da norost ne obstaja. Seveda obstaja! Pa veš zakaj? »Zato, ker norci, ki so nori ponotranjijo norost, igrajo vlogo, da so nori.« Z zadovoljnim nasmehom je

25.nadaljeval: »Seveda, lahko norca zdraviš z zdravili. Včasih je to koristno včasih ne, ampak najbolj pomembno zdravilo je, da transformiramo razmere, v katerih živijo. Ljudje se ne 27.zavedajo, da norost ni taka kot je bila včasih. Pomembna terapija je vsekakor navznoter in navzven-rehabilitacija. Potrebno je transformirati sebe in ljudi okoli sebe.

Sedaj, ko sem imela že skoraj vse informacije glede sprememb in vključevanja ljudi v skupnost, me je zanimalo, kako je bilo s širšo družbo. Kaj so ostali rekli na te spremembe?

28.Lorenzo je z malce povišanim tonom povedal: » Ljudje so bili jezni. Vsi so vpili povprek kako lahko norega človeka, ki je nevaren in brez možganov in spustimo na ulice? Kaj če komu

29.kaj naredi? Nekateri sploh niso imeli svojih oblačil, zato so bili še toliko bolj opazni.

30.*Takrat je bilo škandalozno. Revolucija med ljudmi!«.*

Kot zaključek najine zgodbe je Lorenzo poudaril še: *»Ljudje se integrirajo v skupnost. Takih, ki so dolgo časa nosili »nalepko« norosti, danes skoraj ne opaziš več. Populacija skupnosti, kot je Trst(pa tudi drugje) se je rehabilitirala. V Trstu smo imeli 1200 postelj za take ljudi, ki jih je sodišče osvobodilo, ker pa zaradi socialne stiske in izključenosti niso imeli svojih domov so živeli v teh stanovanjih. Prav tako imajo službe, ker je potrebno posteljo plačati. Z uvedbo teh stanovanj smo rešili ljudi pred zapiranjem v ustanove in jim omogočili vključevanje v skupnost.«*

6.7. VSEBINSKO KODIRANJE PO TEMATSKIH SKLOPIH

Zgodovina

Odgovori:	Izjava:	Kode:
1.	<i>Kot je znano, se institucionalna psihiatrija začne z Philippe Pinel v letu 1800. Pinel je ostal v spominu zaradi njegove najbolj dramatične geste, ker je dobesedno "osvobodili noro".</i>	- Francoski zdravnik Philippe Pinel - Dramatični premiki
2.	<i>V prvih dneh francoske revolucije, je bil močan občutek, da bi bilo treba splošne bolnišnice odpraviti, saj so bile institucije namenjene bolj za družbeni nadzor kot zagotavljanje oskrbe.</i>	- Institucija - Družbeni nadzor
3.	<i>Napoleonov politični dedič, na prestolu francoskega parlamenta, Ludvik Filipe razglasil prvo zakonodajo posvečeno bolnim.</i>	- spremembe

»Krokodil«

Odgovori:	Izjava:	Kode:
4.	<i>»Gre za biološko razlago norosti, ki pravi, da so ljudje, ki delajo kazniva dejanja, na ravni plazilcev (krokodil)..«</i>	- Biološka razlaga norosti - Kazniva dejanja - oseba(Krokodil)
5.	<i>... saj nimajo razvite možganske skorje, s katero nadziramo svoje impulze, zato jih je treba zapreti- in prenesti odgovornost na zdravnika (»krotilca krokodilov«).</i>	- Nadzor impulzov - Zdravnik (krotilac krokodila)

Pravna odgovornost psihiatrov do malomarne odgovornosti naklepnega kaznivega dejanja

Odgovori:	Izjava:	Koda:
6.	<i>»Če lastnik krokodila omogoča, da se živali lahko prosto gibajo, je jasno odgovorna za kakršno koli škodo ali škodo, ki jo lahko povzroči drugim.</i>	- škoda
7.	<i>Lastnik »krokodila« ali skrbnik ima civilno in kazensko odgovornost za te živali, ki je splošno znano, brez svobodne volje.</i>	- Odgovornost
8.	<i>To je očitno in jasno, da brez svobodne volje ne obstaja odgovornost, in da ni smiselno govoriti o krivdi, obsodbi in kazni.</i>	- svobodna volja

Franco Basaglia - tržaška izkušnja (dezinstitutucionalizacija)

Odgovori:	Izjava:	Kode:
9.	<i>je želel spremeniti v terapevtsko skupnost. Želel je organizirati sistem podoben terapevtskim skupnostim v Angliji, v katerem naj ne bi bilo več prisilnega zapiranja, ampak naj bi ljudje vključevali s skupine, terapije in pogovor.</i>	- Spremembe - Ukinitve prisilnega zapiranja - vključevanje
10.	<i>»ker je bil Basaglia iznajdljiv mož je svoje spretnosti uporabil sebi v prid in se povezal s pomembno osebo v Trstu, ki je želela, da Franco nekaj postane. V ta namen mu je dovolil, da vpelje terapevtski pristop v psihiatrično bolnišnico v Trstu in vključi ljudi v skupnost.«.</i>	- Spretnosti - Vztrajnost - Terapevtski pristop
11.	<i>Franco je poklical nekaj zdravnikov, da bi prišli sodelovati pri pomembnih spremembah</i>	- Sodelovanje
12.	<i>Takrat sem s skupino začel delati na transformaciji...</i>	- Lorenzo Toresini - Transformacija
13.	<i>ki jo je Basaglia poimenoval dezinstitutucionalizacija.«</i>	- dezinstitutobaizacija

Začetki sprememb za tržaško regijo

Odgovori:	Izjava:	Kode:
14.	<i>»najprej je Basaglia ukinil prisilo. Ni dovolil, da bi bili ljudje zaprti ali privezani v sobah, nato je ločil stene, ki so ločevale moške in ženske..«</i>	- Ukinitev prisile - Ločevanje sten
15.	<i>»Se razume, da so bile spalnice še vedno ločene, ker so tako tudi v splošnih bolnišnicah, ampak ni želel ustvarjati razlik med njimi«</i>	- Enakopravnost - družba
16.	<i>..pomemben korak je bilo teritorializiranje.</i>	- Izbira terapije
17.	<i>»Z našim delom smo ljudi peljali ven, na obiske k družinam...«</i>	- Način terapije
18.	<i>Eden izmed naših šefov je najel stanovanje zase, zato, da je lahko imel ambulatorij. Postopoma je tja namestil paciente</i>	- najem stanovanj - vključevanje v skupnost

Namestitev pacientov v stanovanja namenjenim ponovnemu vključevanju pacientov v skupnost

Odgovori:	Izjava:	Kode:
19.	<i>..ki so za svoje bivanje morali plačevati najemnino</i>	- Najemnina - Denar
20.	<i>Vsa organizacija se je začela spreminjati. Pacienti oziroma osebe, ki so čez čas zaživele v teh stanovanjih so poimenovali »gostje«</i>	- Nova pravila - Stanovanja - Novo pojmovanje

Norost in transformacija

Odgovori:	Izjava:	Kode:
21.	»Mentalni pacienti so za večino ljudi grešni kozli, ki nosijo grehe z vidika javnosti«	- javnost - Grehi
22.	»Luigi Piarendello, je bil gledališki pisatelj, ki je enkrat lepo zapisal, da vsak med nami igra svojo vlogo..«	- Vloga življenja - pisatelj
23.	»Nori ljudje so nori. Basaglia je rekel, da se ne slepimo, da norost ne obstaja. Seveda obstaja!	- Norost - bolezen
24.	»Zato, ker norci, ki so nori ponotranjijo norost, igrajo vlogo, da so nori.«	- ponotranjanje vlog
25.	»Seveda, lahko norca zdraviš z zdravili...«	- zdravila
26.	»ampak najbolj pomembno zdravilo je, da jih transformiramo..«	- transformacija
27.	Pomembna terapije je vsekakor navznoter in navzven-rehabilitacija. Potrebno je transformirati sebe in ljudi okoli sebe.	

Odziv javnosti

Odgovori:	Izjava:	Kode:
28.	»Ljudje so bili jezni. Vsi so vpili povprek kako lahko norega človeka, ki je nevaren in brez možganov in spustimo na ulice?	- Jeza - Strah - Neznanje
29.	Nekateri sploh niso imeli svojih oblačil, zato so bili še toliko bolj opazni	- Ustanova - Odvzem osebnih stvari
30.	Takrat je bilo škandalozno. Revolucija med ljudmi!«	- upor

7. RAZPRAVA IN SKLEPI

Za tako temo diplomske naloge sem se odločila predvsem zato, ker me zanima duševno zdravje in vključevanja ljudi v skupnost. Vsi se zavedamo, da duševna bolezen ne pomeni nujno popolno neprištevnost. Kot »duševni bolnik« si širša javnost predstavlja grešnega kozla, ki je sam kriv za svojo bolezen. K temu lahko pripišemo tudi problem, kjer se pokaže zmotno prepričanje, da se takih oseb ne more pozdraviti, da je duševna bolezen neozdravljiva. V kolikor taka oseba stori še kakšno kaznivo dejanje se predsodek o tem, da je »norec« nevaren še podvoji.

Večini ljudi predstavljata duševna bolezen in kaznivo dejanje deviacijo od družbenih standardov normalnosti, pred katerimi se mora družbo zaščititi. Ta misel je razvejana na dve trditvi. Za prvo velja, da se mora oseba označena za duševnega bolnika zdraviti v bolnišnici. Za drugo pa velja, da oseba, ki je storila kaznivo dejanje sodi v zapor. Zaradi kaznivih dejanj storjenih v času neprištevnosti se je začela razvijati ideja kako združiti obe stroki. Namen te stroke naj bi bil, da bi lahko osebo zdravili zaradi njenega bolezenskega stanja in dejanja v času neprištevnosti.

Forenzične psihiatrija, ki je kombinacija dveh strok, psihiatrije in prava. Osebo, ki je dobila nalepko duševnega bolnika in je po našem pravu storila kaznivo dejanje zaprejo v zapor. V zaporu so bolnišnice kjer jih tudi zdravijo. Razlika med psihiatrično in zaporsko bolnišnico je v tem, da je v zaporski bolnišnici prisoten pravosodni policist. V sami bolnišnici delujejo pravila dveh totalnih ustanov. Prva so pravila zapora, druga pa pravila psihiatričnih bolnišnic. V obeh primerih so interesi institucije veliko bolj pomembni kot človek in njegove pravice.

Pri ljudeh z »nalepko« duševnega bolnika, ki je storil kaznivo dejanje v trenutku neprištevnosti Lorenzo v enem svojem članku nazorno razloži, da gre za biološko razlago norosti, ki pravi, da so ljudje, ki delajo kazniva dejanja, na ravni plazilcev (krokodil), saj nimajo razvite možganske skorje, s katero nadziramo svoje impulze, zato jih je treba zapreti- in prenesti odgovornost na zdravnika (»krotilca krokodilov«).

Tako kot tudi Roljič (2009) poudarja so ljudje z duševnimi motnjami ranljivi člani skupine, zato bi jim mogla civilizirana družba zagotoviti primerne pogoje za življenje. Preden obsojajoče pomislimo na žrtve kaznivih dejanj moramo pomisliti tudi na duševne bolnike, ki so prav tako žrtve svojih bolezni.

S tem, ko tako ranljivo osebo zapremo v ustanovo, ki je kot navajata Flaker in Urek (1988:86) skladišče za varovance, po drugi strani pa mora javnosti nuditi podobo o sebi kot o racionalni ustanovi, učinkovitem stroju za doseganje uradno priznanih ciljev varovancev, ne ponujamo možnosti za hitrejšo integracijo in zdravljenje. Osebi, ki jo zapremo v ustanovo odvzamemo vse, torej pravice in pa tudi osebne stvari. Zapremo ga v institucijo, ki postavlja pravila za vedenje večje skupine ljudi znotraj katere redno potekajo neke dejavnost. In prav te institucije so tiste, ki izolirajo ljudi od skupnosti, denimo zaradi težje dostopnosti, ker želi na enem mestu zagotoviti vse potrebe ljudi, kot da človek nima potrebe po tem, da se vključuje v skupnost.

Ko psihiater postavi »diagnozo« ima ta drugačen pomen, kot diagnoza, ki jo poznamo v medicini. Gre za sodbo, religijo oziroma prepričanje. Tako kot pravi tudi Lamovec(1999) psihiater ne ve nič o naravi fenomena, ki mu je podelil status »boleznika«. Njegov cilj je ozdraviti to, kar je razglasil za bolezen. Vse kar ga zanima je »njegov greh« ne pa človek. Tukaj pa se pozabimo vprašati kaj lahko storimo, da se izognemo nepotrebnemu zapiranju ljudi v ustanovo.

S procesom dezinstitutionalizacije opisujemo družbeni premik iz azila v skupnost in zmanjševanje hospitalizacije.

Tako kot Flaker (1998) bi rada izpostavila to, da z dezinstitutionalizacijo ne pripomoremo samo k zapiranju bolnišnic in ustvarjanju nekih zunanjih bolnišnic, temveč tudi do sprememb v pristoru do duševne stiske. Bivanje v institucijah ima na ljudi oziroma posameznika škodljive učinke o čemer se je že velikokrat pisalo, zato se je razvila zamisel po ukinitvi teh ustanov. Prvi korak k dezinstitutionalizaciji je zapiranje bolnišnic, temu pa sledi ustvarjanje novih služb, kar tudi ponazarja tržaška izkušnja. Pobudnik za spremembe je bil Franco Basaglia, ki je prevzel goriško psihiatrično bolnišnico z namenom, da jo preobrazi v terapevtsko skupnost. V tistem času, so iz različnih krajev klicali mlade zdravnike, da se pridružijo in sodelujejo pri spremembah.

Tako se je med njimi znašel tudi Lorenzo Toresini s katerim sem opravila intervju.

Na podlagi tega, kar mi je Lorenzo povedal lahko zaključim, da je očitno tak način pristopa veliko bolj zanimiv in nadvse neškodljiv. Osebe, ki so kadarkoli imele »nalepke« duševnih bolnikov so popolnoma neopazne, saj so se povsem integrirali v skupnost.

Tržaška izkušnja je dokaz, da ni potrebe po zapiranju ljudi v ustanovo, saj imajo veliko manj postelj v skupnostnih stanovanjih in zelo malo povratnikov.

Vsekakor se moram strinjati z Lamovec(1995), da ponekod izvajalci ne izberejo prave poti ampak zaidejo v drugo skrajnost. Ljudem so iskali nova bivališča medtem pa so jim skušali izpolnjevati tudi vse njihove želje namesto, da so jih naučili poiskati samostojne načine delovanja. Enako je pri sporu. Dokler ljudje potrebujejo nekoga drugega, da reši njihov spor so v zelo podobnem položaju kot so bili v ustanovi.

Flaker(2008)prav tako govori o tem, da nam danes ni nič podarjeno, vse si je treba pridelati in prislužiti. Delati je osnovna človeška potreba in človeku nujna za preživetje. Vsekakor se pa strinjam tudi s slovenskim pregovorom »brez dela, ni jela«.

8. PREDLOGI

1. Ko je človek enkrat v zavodu(prostovoljno ali neprostovoljno) nihče ne dela na tem, da bi ga čimprej preselili v skupnost, zato bi moral imeti uporabnik pravico do zagovornika, ki bi jo po želji lahko izkoristil ali ne. S tem bi okrepili moč uporabnika v postopkih, kjer bi bil zavarovan tudi njegov interes.
2. V Sloveniji je bilo kar nekaj premikov v smeri dezitucionalizacija zato ne moremo reči, da je zakonodaja tako slaba. Večkrat bi se lahko poslužili namestitve v druge družine in s tem povrnili opravilne sposobnosti.
3. Sprememba zakonodaje, kjer bi bil mogoč prehod iz institucionalne k skupnostni oskrbi.
4. V čim krajšem možnem času bi morali prepovedati nove sprejeme v institucionalno oskrbo. Socialni zavodi bi lahko nove ljudi sprejeli le v skupnostne oblike.
5. Spremeniti bi bilo potrebno definicijo zaprtega oddelka in prepovedati uporabo vseh prisilnih sredstev
6. Potrebno bi bilo razvijati nadaljnje projektne storitve in oskrbe v skupnosti, da bi lahko razvijali nove metode dela.

9. VIRI IN LITERATURA

Flaker, V. (1998), *Odpiranje norosti: Vzpon in padec totalnih ustanov*. Ljubljana: * /cf.

Flaker, V. (2001). *Kaj je duševno zdravje v skupnosti? What is community mental health?*. Zdrav. vars., letn. 40, št. 1/2, str. 69-73

Flaker, V., Mali, J., Kodele, T., Grebenc, V., Škerjanec, J., Urek, M.(2008). *Dolgostrajna oskrba. Očrt potreb in odgovorov nanje*. Ljubljana .Fakulteta za socialno delo.

Klanšček Jeriček, H., Zorko, M., Bajt, M., Roškar, S. (2009). *Duševno zdravje v Sloveniji*. Ljubljana. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenija.

Kobal, M. F. (2009). *Psihopatologija za varnostno in pravno področje*. Ljubljana: Univerza v Mariboru, Fakulteta za varnostne vede

Kozarić-Kovačič, D., Grubišić-Ilić, M., Grozdanić, V. (2005). *Forenzička psihiatrija*. Zagreb. Medicinska naklada

Lamovec, T. (1999). *Kako misliti drugačnosti*. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo

Lamovec, T.(1995). *Ko rešitev postane problem in zdravilo postane strup*. Ljubljana: Lumi

Mali, J. (2008) *Od hiralnic do domov za stare*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Marušič, A. (2009). *Javno duševno zdravje*. Celje: Celjska Mohorjeva družba: Društvo Mohorjeva družba

Mesec, B.(1998). *Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu*. Ljubljana

Pregelj, P. (2013). *Psihiatrija*. Ljubljana: Psihiatrična klinika

Podobnik, N.(2008). *Obvezno psihiatrično zdravljenje in varstvo neprištevnih storilcev kaznivih dejanj*. Diplomsko delo. Ljubljana. Univerza v Ljubljani: Fakulteta za socialno delo

Rafaelič, A., (2015): *Pomen povezovanja in vključevanja pri oskrbi po meri človeka in procesih dezinstitutionalizacije*. Doktorska dizertacija

Rotelli, F., DeLeonardis, O. in Mauri, D. (1986): *Deistituzionalizzazione, un'altra via*. Centro Studi e Ricerche sulla Salute Mentale del Friuli Venezia Giulia.

Švab, V. (1996). *Duševna bolezen v skupnosti*. Radovljica: Didakta

Videmšek, P, Leskošek V.(2015). *Dezinstitutionalizacija: dosegljiv cilj ali nerealna vizija*. Socialno delo letnik 54, številka 5, str.259-268

Zaviršek, D. (2000): *Hendikep kot kulturna travma: historizacija podob, teles in vsakdanjih praks prizadetih ljudi*. Ljubljana: Založba /Cf*

Ziherl, S. (2011). Med psihiatrijo in pravosodjem. Odprtje Enote za forenzično psihiatrijo. *Glasilo zdravniške zbornice Slovenije ISIS* 12, 31-32

Žagar, D. (2002). *Meje psihiatrije Begunje: (zbornik), Begunje, 25. in 26. oktober 2002*. Begunje: Psihiatrična bolnišnica

Internetni viri:

Božikov Tekavčič, L.(2014). Sodelovanje zavodov za prestajanje kazni zapora na področju forenzične psihiatrije(str.1-6). Lončar D, in Videčnik I. (ured.) . *Izzivi v forenzični psihiatriji*. Maribor. Zbornica zdravstvene in babiške nege- zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji. Dostopno na:

http://www.sekcijapsih-zn.si/wp-content/uploads/2014/10/zbornik_forenzika_DONON%C4%8CNI-ZA-V-TISK.pdf

02.07.2016

Flaker, V. (2016). *Antinomija norosti in zločina-prispevki k reševanju ukrepov obveznega zdravljenja v procesu dezinstitutionalizacije 1.del.* Dostopno na: <http://vitoflakeragenda.blogspot.si/>

Flaker, V.(2015). *Totalna ustanova kot abstraktni stroj.* Blog prijateljev dezinstitutionalizacije. Dostopno na: <http://prijateljidi.blogspot.si/2015/08/totalna-ustanova-kot-abstraktni-stroj.html>

05.07.2016

Kegl, K. (2014). Timska obravnava forenzičnih pacientov(str.35-40). Lončar D, in Videčnik I. (ured.) *Izzivi v forenzični psihiatriji.* Maribor. Zbornica zdravstvene in babiške nege- zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji. Dostopno na: http://www.sekcijapsih-zn.si/wp-content/uploads/2014/10/zbornik_forenzika_DONON%C4%8CNI-ZA-V-TISK.pdf

02.07.2016

Roljič, S.(2009). Nasilno vedenje v duhu novih praks. Poček U.(ured.). *Uspešno obvladovanje nasilnega vedenja(str.31-34).* Celjska koča, Slovenija. Zbornica zdravstvene in babiške nege- zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Dostopno na: <http://www.sekcijapsih-zn.si/wp-content/uploads/2011/02/ZBORNIK-NASILNO-VEDENJE.pdf>

02.07.2016

Strbad, M., Švab, V.(2005) *Stigmatizacija in psihiatrija.* Medicinski razgledi, 44 (2), 147-154. Dostopno na: file:///C:/Users/User/Downloads/Stigmatizacija_URN-NBN-SI-DOC-C4CVAKN8.pdf 03.07.2016

Toresini, L. (2014). *Restraint and rights: From Lombroso's crocodile to the closure of the secure units in Italy', Dialogue in Praxis*,vol. 3, no. 1-2. Dostopno na: <http://dialogueinpraxis.fsd.uni-lj.si/index.php?id=5&a=article&aid=42> 05.08.2016

Urbanič, Z. (2014). Posebnosti psihiatrične nege v zavodu za prestajanje kazni Maribor(str.17-23). Lončar D, in Videčnik I.(ured.). *Izzivi v forenzični psihiatriji*. Maribor. Zbornica zdravstvene in babiške nege- zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji. Dostopno na:

http://www.sekcijapsih-zn.si/wp-content/uploads/2014/10/zbornik_forenzika_DONON%C4%8CNI-ZA-V-TISK.pdf

02.07.2016

Pravni viri:

Kazenski zakonik: <https://www.uradni-list.si/1/content?id=86833>

Kaznivo dejanje https://sl.wikipedia.org/wiki/Kaznivo_dejanje

Zakon o izvrševanju kazenskih sankcij : <https://www.uradni-list.si/1/content?id=94355>